

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 26

ABCÈS
DU LATÉRO-PHARYNX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LEUR ÉVOLUTION ANATOMO-CLINIQUE
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul LAURENS

Né le 13 Novembre 1882, à Bordeaux (Gironde).

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 26

ABCÈS DU LATÉRO-PHARYNX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LEUR ÉVOLUTION ANATOMO-CLINIQUE
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul LAURENS

Né le 13 Novembre 1882, à Bordeaux (Gironde).

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.

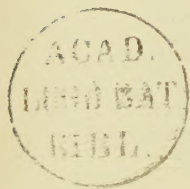


LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1907



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	}	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	}	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique	}	MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée	}	COLLET
Médecine légale		TRIPPIER
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie	}	LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	J. LÉPINE	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN (Etienne)	
VILLARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (A.), *Président*; NOVE-JOSSERAND, *Assesseur*;
MM. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie ce premier travail comme un
faible gage de profond amour et de
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR CHAVIGNY

Professeur-Agrégé au Val-de-Grâce.

Il voulut bien nous recevoir pendant deux années dans son laboratoire. Auprès de lui nous avons appris à aimer la médecine. Son inlassable activité, sa curiosité scientifique nous seront le meilleur exemple que nous désirerions suivre. Son enseignement précis, les conseils et les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer nous ont profondément attaché à lui. Il a été pour nous plus qu'un maître, il a bien voulu nous honorer de sa sympathie; qu'il nous soit permis de lui offrir ici l'expression de toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOVÉ - JOSSERAND

Chirurgien de la Charité.

*Nous sommes heureux de pouvoir lui
exprimer nos sentiments de vive
gratitude pour la bienveillance qu'il
nous a toujours montrée. Il nous a
inspiré le sujet de notre thèse, nous a
prodigué ses conseils éclairés, nous lui
adressons nos meilleurs remerciements.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique

*Que M. le Professeur A. Pollosson qui
nous fait le grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse nous
permette de lui adresser nos sincères
remerciements. Nous le prions de
recevoir l'hommage de notre profond
respect.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours d'une de ses leçons si claires et si cliniques, M. le Dr Nové-Josserand a traité devant nous des abcès latéro-pharyngiens à propos d'un petit malade qu'il venait d'opérer dans son service. Le sujet nous intéressa vivement. Notre maître voulut bien nous confier un travail sur cette question et nous aider de son expérience pour le mener à bien. Nous lui en sommes très reconnaissant.

Nous avons divisé notre étude de la façon suivante : Après avoir rappelé les quelques particularités anatomiques des espaces latéro-pharyngiens, nous passerons successivement en revue l'étiologie et la pathogénie des abcès du latéro-pharynx, les symptômes qui permettent de les reconnaître, leur diagnostic différentiel, leur évolution et leurs complications. Nous indiquerons enfin leur traitement.

ABCÈS

DU LATÉRO-PHARYNX

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Avant d'aborder l'étude des abcès latéro-pharyngiens il nous semble indispensable d'exposer sommairement la disposition anatomique des espaces péri-pharyngiens et plus particulièrement de l'espace maxillo-pharyngien qui est le siège le plus fréquent de ces abcès.

Nous laisserons volontairement de côté la description de l'espace rétro-pharyngien qui s'étend entre le pharynx et la colonne vertébrale. Cet espace en effet est bridé sur les côtés par une aponévrose résistante, l'aponévrose latérale du pharynx qui l'isole de l'espace maxillo-pharyngien qui nous occupe plus spécialement.

L'espace maxillo-pharyngien, décrit dans tous les ouvrages classiques, a été divisé en deux régions distinctes par Jonnesco qui lui reconnaît deux loges secondaires par l'interposition des muscles styliens.

L'espace maxillo-pharyngien a sensiblement la forme d'un prisme triangulaire.

Plus exactement appelé espace latéro-pharyngien

supérieur par Gilis (de Montpellier), il nous offre à considérer :

Une base supérieure qui répond à la base du crâne.

Une base inférieure qui correspond à une ligne horizontale menée par le bord inférieur de la mâchoire inférieure au niveau de son angle, séparée de la région sous-jacente (région sous-maxillaire) par une cloison fibreuse que Charpy a décrite sous le nom de bandelette maxillaire.

Une face interne qui répond à la paroi latérale du pharynx.

Une face externe qui est constituée par une cloison ostéo-musculo-aponévrotique comprenant la branche montante du maxillaire inférieur doublée des deux muscles ptérygoïdiens et de l'aponévrose cervicale superficielle qui, à ce niveau, est dédoublée pour entourer le muscle sterno-cleido-mastoïdien.

Une face postérieure qui se déprime en arrière vers la colonne vertébrale, séparée d'elle par l'aponévrose des muscles scalènes et la cloison transversale du cou.

Telle est la topographie générale de l'espace maxillo-pharyngien. Il existe une cloison ou diaphragme stylien, plus exactement nommé diaphragme stylo-maxillo-pharyngien qui subdivise cet espace en deux parties.

Le diaphragme stylien, cloison musculo-ligamenteuse « est tendu verticalement de la base du crâne à une légère courbe inférieure qui passe par l'angle du maxillaire inférieur, l'os hyoïde, la base de la langue, la paroi externe du pharynx » (Arsimoles).

Il est constitué de dedans en dehors par :

L'aponévrose stylo-pharyngienne ;

Les muscles styliens ;
Le ligament stylo-hyoïdien ;
Le ligament stylo-maxillaire.

muscles et ligaments connus sous le nom de fleurs rouges et blanches du bouquet de Riolan.

L'espace maxillo-pharyngien se trouve, de ce fait, divisé en deux loges :

1° *Une loge externe.* — C'est la loge parotidienne ou espace glandulaire de M. Sebileau, ou espace stylo-maxillaire de Jonnesco; elle n'a que des rapports tout à fait médiats avec le pharynx vu la continuité du feuillet aponévrotique qui limite profondément cette loge.

2° *Une loge interne.* — C'est l'espace sous-glandulaire de M. Sebileau ou loge stylo-ptérygo-maxillaire de Jonnesco que nous étudierons en détail, laissant de côté l'espace glandulaire ou loge parotidienne et son contenu (glande parotide, jugulaire externe, carotide externe) qui est toujours séparée du pharynx par l'aponévrose parotidienne profonde et par l'espace sous-glandulaire qui lui est sous-jacent.

Une lame fibreuse, l'aponévrose stylo-pharyngienne disposée en sens frontal et tendue entre l'apophyse styloïde et l'angle latéral du pharynx subdivise cette loge interne en deux loges secondaires.

Il vaut mieux et il est plus précis de remplacer avec Arsimoles, le terme de loge par celui d'espace, car une loge signifie une cavité qui renferme un viscère, ce qui n'est pas le cas ici.

Nous dirons donc que la portion interne de l'espace maxillo-pharyngien, autrement dit l'espace sous-glan-

dulaire ou loge stylo-ptérygo-maxillaire nous offre à considérer deux espaces secondaires.

1° *Un espace antérieur* pré-stylien, situé en avant des muscles styliens, c'est la loge ptérygo-pharyngienne de Jonnesco.

2° *Un espace postérieur*. — Rétrostylien ou prévasculaire, c'est la loge stylo-pharyngienne de Jonnesco.

Deux mots de l'aponévrose stylo-pharyngienne avant de nous occuper des deux espaces qu'elle détermine.

Encore appelée « aileron du pharynx », elle forme de chaque côté du pharynx deux cloisons transversales, deux ailes larges en haut et étroites en bas » (Jonnesco).

C'est une lame triangulaire très résistante qui constitue de chaque côté de l'angle du pharynx deux prolongements tendus entre cet angle en dedans, l'apophyse styloïde et le muscle stylo-pharyngien en dehors.

Pour quelques auteurs, fait remarquer Calas dans sa thèse, elle représente le véritable tendon d'un muscle en régression.

Avec les trois muscles styliens qui s'étendent en éventail du pharynx, à la langue et à l'os hyoïde, et les deux ligaments stylo-hyoïdien et stylo-maxillaire elle forme le diaphragme stylien « qui, inséré en haut sur la base du crâne, de l'apophyse styloïde à l'épine du sphénoïde, s'étend en bas en s'élargissant de l'angle du maxillaire inférieur au pharynx en touchant l'os hyoïde » (Gilis).

A. ESPACE PRÉ-STYLIEN (espace sous-glandulaire antérieur de M. Sébilleau). Il a la forme d'un prisme à trois faces dont les parois sont constituées :

En arrière par le diaphragme stylo-pharyngien ;

En dedans par le muscle constricteur supérieur du pharynx double de l'aponévrose péri-pharyngienne ;

En dehors par le muscle ptérygoïdien interne qui revêt la branche montante du maxillaire inférieur pour la partie antérieure de cette paroi, dont la partie postérieure est continuée par l'aponévrose cervicale superficielle jusqu'au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Cet espace est fermé en haut et en bas. A la partie supérieure par la rencontre des muscles à la base du crâne au niveau de la grande aile du sphénoïde et des trous ovale et petit rond.

A la partie inférieure par la bandelette maxillaire.

Cet espace ainsi délimité correspond dans sa partie postérieure à la loge parotidienne dont nous ne décrivons que le feuillet profond de l'aponévrose parotidienne.

Cette aponévrose qui partant, du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, va tapisser le ventre postérieur du digastrique, les muscles styliens, le ptérygoïdien interne, double ensuite le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur pour se fusionner avec le feuillet superficiel.

Particularité intéressante à noter, ce feuillet n'est pas continu, il présente en avant de l'apophyse styloïde un trou ovalaire, l'orifice préstylien délimité.

En haut par la base du crâne ;

En arrière par le ligament stylo-maxillaire ;

En avant par le ligament sphéno-maxillaire.

Dans ce cas, il y a donc par cet orifice communication entre la loge parotidienne et le pharynx.

Quelquefois, pour certains auteurs, un feuillet fibreux tendu entre l'apophyse styloïde et le muscle ptérygoïdien interne fermerait le trou préstylien.

Dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi et cet orifice existe bien qu'occupé par un peloton adipeux qui « présente un aspect spécial, rougeâtre et est enveloppé d'une membrane celluleuse susceptible d'en imposer pour une aponévrose » (Gilis).

Cet espace pré-stylien triangulaire sur la coupe est limité (voir schéma 1).

En dehors par le muscle ptérygoïdien interne doublant la branche montante du maxillaire inférieur ;

En dedans par la paroi pharyngienne au niveau des piliers du voile ;

En haut par la base du crâne ;

En bas, au niveau du pôle inférieur de l'amygdale, par l'insertion du stylo-glosse à la langue et du stylo-pharyngien à la capsule amygdalienne ;

En arrière par la fixation de l'aponévrose stylo-pharyngienne, à l'angle du pharynx ;

En avant par l'adhérence du fascia pharyngé au ligament ptérygo-maxillaire et à la lèvre interne du bord antérieur de la branche montante du maxillaire. Cette adhérence qu'Arsimoles a constatée plusieurs fois sur des coupes transversales n'est pas la règle, dit-il. Il y a quelquefois une fente à ce niveau qui livre passage à un prolongement juxta-pharyngien de la boule de Bichat. Cette fente est d'ailleurs obturée dans le

cas d'inflammation stylienne par le gonflement et la contracture musculaire.

Nous insisterons un peu en raison de ses rapports importants sur la constitution de la paroi interne pharyngienne de cet espace sous-glandulaire antérieur ou para-amygdalien, comme le dénomme Calas.

Les piliers du voile du palais sont constitués :

L'antérieur par le muscle glosso-staphylin qui occupe la partie la plus postérieure du pilier, c'est-à-dire la plus voisine de l'amygdale ;

Le postérieur par le muscle pharyngo-staphylin. Les piliers sont recouverts par une muqueuse à épithélium pavimenteux stratifié et à chorion riche en fibres élastiques (Tourneux).

Dans les couches sous-muqueuses profondes de ces piliers, on rencontre des amas de tissu adénoïde qui font partie en ce point du grand cercle lymphatique pharyngien de Waldeyer. — On y trouve en outre des glandes en groupes parfois assez volumineux. — En dehors de la sous-muqueuse et des muscles des piliers se trouve l'aponévrose intrapharyngienne doublée de la couche des muscles constricteurs ; ils sont revêtus sur leur face externe d'un fascia fibreux d'épaisseur variable constituant l'aponévrose péripharyngienne.

Entre les piliers est enchâssée l'amygdale ; elle est située à la partie inférieure de la loge amygdalienne limitée en avant et en arrière par les deux piliers que nous avons décrits et dont le fond répond à la paroi pharyngienne.

L'amygdale est séparée en avant du pilier antérieur par une fente appelée « fossette triangulaire de Killian » ;

au-dessus d'elle, il existe toujours une petite dépression, que Sappey a décrite sous le nom de « fossette sus-amygdalienne ». A ce niveau, on a noté l'existence (Tourtual) d'une série de diverticules de tissu adénoïde convergeant vers cette fossette, que Killian avait dénommée « le hile de l'amygdale ». L'amygdale contiendrait un petit muscle, décrit par Broca sous le nom d'amygdalo-glosse. Son existence est niée par certains auteurs, à tort peut-être, car Luscka, et récemment Gilis, en ont fait minutieusement la topographie.

La partie antérieure de l'espace préstylien est comblée par un tissu cellulo-graisseux abondant, au milieu duquel on remarque des amas de tissu adénoïde.

Noyés dans ce tissu de remplissage, nous devons signaler des vaisseaux et des nerfs :

Le nerf maxillaire intérieur avec le ganglion otique ;

Le nerf dentaire inférieur ;

Le nerf lingual ;

Le rameau lingual du facial ;

Le glosso-pharyngien (qui n'entre en rapport que par sa partie horizontale).

Les vaisseaux sont :

L'artère palatine inférieure ;

L'artère pharyngienne ascendante et leurs veines.

Rarement, on y trouve des ganglions lymphatiques. La disposition anatomique nous explique l'évolution des abcès développés dans cette région. En effet, un abcès pourra difficilement s'étendre en dehors, où il rencontrera le maxillaire inférieur doublé de ses muscles ; en arrière, le diaphragme stylien, très résistant, s'opposera à la propagation vers la région plus postérieure.

Le pus aura donc tendance à se frayer une voie du côté où il trouve la résistance moindre, c'est-à-dire vers la partie interne, vers la paroi pharyngienne, qui sera le lieu d'élection d'ouverture spontanée des abcès de cette région et aussi le point de choix de l'ouverture opératoire.

B. ESPACE RÉTRO-STYLIEN OU PRÉVASCULAIRE. — Il est assez comparable à un prisme quadrangulaire. Limité en haut par la base du crâne, au niveau du trou déchiré antérieur et du trou déchiré postérieur, il reste ouvert dans sa partie inférieure et se prolonge avec les vaisseaux dans la région carotidienne.

Il nous offre à considérer quatre parois :

Une paroi antérieure constituée par le diaphragme stylien que nous avons décrit ;

Une paroi postérieure formée par la gaine vasculaire de la carotide interne et de la jugulaire interne, appliquée au-devant des muscles prévertébraux, de l'aponévrose profonde et de la cloison transversale du cou ;

Une paroi externe composée par le muscle sterno-cleido-mastoïdien, revêtu par la gaine que lui forme l'aponévrose cervicale superficielle et par le ventre postérieur du digastrique ;

Une paroi interne représentée par le pharynx et la cloison sagittale (Gilis).

Voyons ce que renferme cet espace.

Des vaisseaux :

La carotide interne ;

La veine jugulaire interne ;

L'artère carotide externe à son origine ;

L'artère occipitale.

Dans cet espace, l'artère carotide interne et la veine jugulaire interne cheminent côte à côte. L'artère, à la partie interne, la veine un peu en dehors d'elle et un peu en avant, les deux vaisseaux ne tardent pas à se séparer; l'artère se porte en avant vers le canal carotidien, la veine en arrière, vers le trou déchiré postérieur.

En arrière de la carotide interne descend le pneumogastrique. Ces trois organes, artère, veine et nerf, sont contenus dans une gaine celluleuse commune, la gaine vasculaire du cou.

La carotide externe appartient à cet espace seulement par son origine; elle le quitte bientôt pour pénétrer dans la loge parotidienne,

Les nerfs contenus dans cet espace sont :

1° Le glosso-pharyngien qui, après avoir croisé en dehors la carotide interne, chemine entre le stylo-pharyngien et le stylo-glosse;

2° Le pneumogastrique que nous avons signalé dans le paquet vasculo-nerveux du cou;

3° La branche externe du spinal qui, passant en arrière de la jugulaire interne, gagne la face profonde du muscle sterno-cleido-mastoïdien;

4° Le grand hypoglosse, qui est le plus interne et le plus en arrière des nerfs de cette région. « Il se porte en bas en décrivant une courbe à concavité supérieure; chemin faisant, il croise obliquement la carotide interne, le pneumogastrique et le glosso-pharyngien, qui sont devant lui. Il s'insinue entre la jugulaire interne et le pneumogastrique et vient ensuite plus bas croiser la carotide externe (point de repère pour la ligature de cette artère » (Gilis).

5° Le grand sympathique, qui descend en arrière de la carotide interne. Mais il est contenu dans un dédoublement de l'aponévrose prévertébrale et, de ce fait, doit plutôt être considéré comme faisant partie de la région rétro-pharyngienne.

L'espace rétro-stylien renferme encore du tissu cellulaire et de gros ganglions lymphatiques accolés à la paroi du pharynx.

On a divisé ces ganglions, qui sont réunis par de nombreuses anastomoses, en trois groupes principaux :

Un groupe postérieur de petits ganglions le long de la face interne du sterno-cleido-mastoïdien ; ils sont reliés aux ganglions du creux sus-claviculaire.

Un groupe externe, échelonné le long du paquet vasculo-nerveux du cou, plus particulièrement le long de la face externe de la jugulaire interne. Les ganglions supérieurs reçoivent les lymphatiques des fosses nasales et de la trompe d'Eustache. Les ganglions inférieurs reçoivent les lymphatiques des piliers du voile, de l'amygdale et de la langue.

Un groupe interne ; il est formé par les ganglions très petits que l'on rencontre suivant le trajet de la carotide interne. Il existe quelques ganglions situés entre les constricteurs supérieur et moyen du pharynx ; ils constituent le groupe ganglionnaire juxta-pharyngien des auteurs.

Le grand nombre des ganglions lymphatiques de cette région explique pourquoi les abcès développés dans l'espace rétro-stylien ont peu de tendance à gagner la région carotidienne sous-jacente qui leur est largement ouverte, comme nous l'avons dit. Les gan-

glions constituent autant d'étapes que l'infection aura à franchir et retardent ainsi sa propagation vers la partie inférieure. Le D^r Calas, dans sa thèse, insiste sur le rôle important de cette disposition anatomique dans l'évolution des abcès de cet espace.

Cet exposé anatomique, peut-être un peu long, était utile pour expliquer dans la suite l'évolution des abcès et leur pathogénie, pour éclairer leur symptomatologie et à un point de vue plus pratique pour poser d'une façon précise les indications de leur traitement.

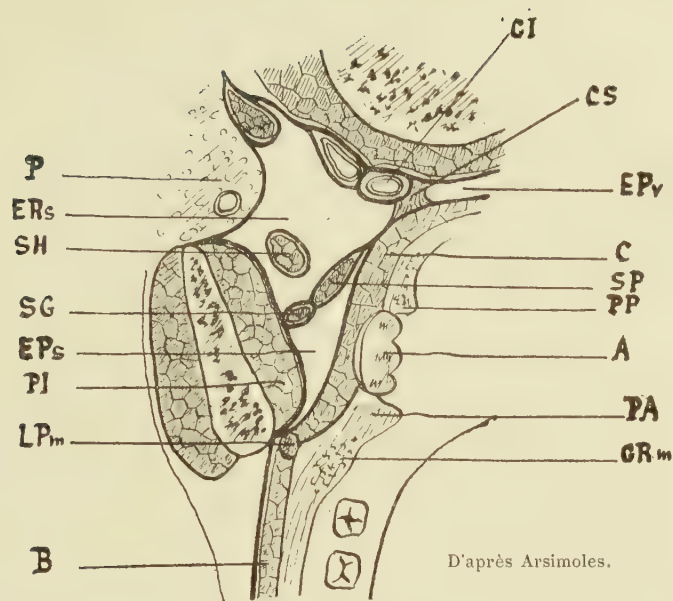


SCHÉMA I. — Coupe horizontale de l'espace maxillo-pharyngien normal.

E.P.S., espace pré-stylien; E.R.S., espace retro-stylien; E.P.V., espace pré-vertébral; S.G., stylo-glosse; S.P., stylo-pharyngien; C.S., cloison sagittale; C.I., carotide interne; P. I., ptérygoïdien interne; L.P.M., ligament pterygo-maxillaire; P., parotide; S.H., stylo-hyôidien; A., amygdale; P.A., pilier antérieur; P.P., pilier postérieur; C., constricteur; G.R.M., groupe glandulaire rétro-molaire.

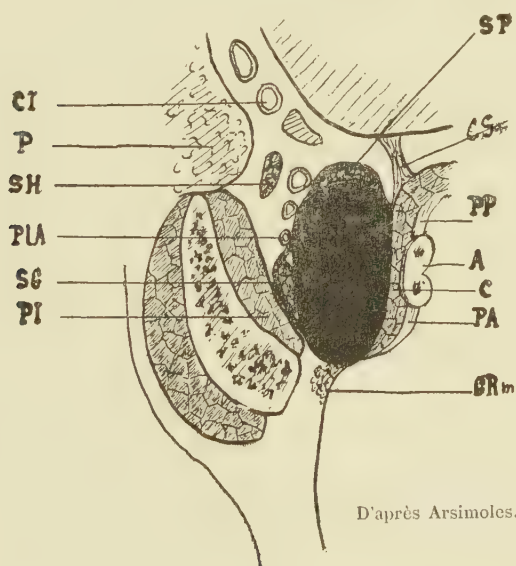


SCHÉMA II. — Abscès artificiel (représenté en noir) par injection de gélatine dans l'espace pré-stylien.

(Mêmes abréviations que pour le schéma I.)

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Si l'angine est fréquente au début de l'abcès latéropharyngien, faut-il pour cela en conclure qu'il n'est pas et ne peut pas être une infection primitive au même titre que l'amygdalite, mais au contraire qu'il est toujours, comme le veulent certains auteurs (Goodale) secondaire à une lésion suppurée de l'amygdale, et cela dans tous les cas. Ils posent alors nettement la formule : pas d'abcès péripharyngien sans suppuration préalable de l'amygdale.

Arsimoles base sur plusieurs de ses observations cette opinion contraire que l'abcès périamygdalien est une affection essentiellement primitive, car, dit-il, il se trouve de nombreux malades sujets à des abcès périamygdaliens répétés, qui n'ont jamais souffert d'angines. Nous estimons que ce qu'Arsimoles soutient pour les abcès périamygdaliens est applicable en tout point aux abcès latéropharyngiens développés dans l'espace pré-stylien.

Rarement nous observons des frissons, du malaise général de la courbature, s'installant en quelques jours, au moins trois jours comme dans les angines.

Au contraire ici une période d'invasion nulle ou insignifiante, dans un cas de Moure, à vingt-quatre heures du début une incision donne issue à de la sérosité louche et fut suivie d'amélioration immédiate.

Sur quarante-six cas observés par Cobb.

33 étaient indemnes de toute lésion amygdalienne.

13 fois l'amygdale était augmentée de volume. Si l'abcès était une complication au cours d'une amygdalite qui a complètement évolué avant de se terminer par suppuration, les lésions amygdaliennes seraient constantes (Arsimoles).

L'abcès latéro-pharyngien doit être considéré comme une entité morbide à envisager à côté et en dehors de l'amygdalite. Admettant, toutefois, la concomitance possible des deux affections, il n'existe pas entre elles des relations de cause à effet. Quand il y a des lésions angineuses elles sont le premier pas de l'inflammation au début de l'affection qui commence à évoluer.

Nous ne pouvons donc admettre avec A. Broca que « ces abcès sont presque toujours la complication d'une angine ». Il nous paraît de même exagéré le rôle étiologique que fait jouer Moreau dans sa thèse à l'hypertrophie chronique des amygdales et aux végétations adénoïdes.

On a voulu aussi tenir grand compte de toutes les causes de pharyngite chronique (irritations locales produites par des poussières, des gaz, ou par le tabac, les épices, les boissons alcooliques); si elles sont capables de déterminer du catarrhe de l'amygdale, elles ne sont pas assez actives pour provoquer la suppuration. Enfin contrairement à ce qui se passe pour

la plupart des angines, la contagiosité est nulle dans les abcès latéro-pharyngiens.

Le traumatisme opératoire peut être la cause de suppuration péripharyngienne. Les cas du D^s Escat, (*Traité des Maladies du Pharynx*) sont démonstratifs. Trois abcès se sont développés en six mois autour de l'amygdale avec envahissement de l'espace préstylien, à la suite de séances répétées d'ignipuncture.

Une étiologie assez rare et que nous n'avons vu signalée nulle part est celle du traumatisme direct dans la région péripharyngienne. Notre observation d'abcès latéro-pharyngien développé à la suite d'un cathétérisme intempestif de la trompe d'Eustache nous en offre un exemple typique bien que peu fréquent. (Voir Observation XII.)

Pour Ruault, une antisepsie défectueuse dans des opérations pratiquées dans les voies nasales peuvent être la cause de suppurations péripharyngiennes. Pour Kohler la périostite alvéolo-dentaire succédant à la carie de la dernière molaire inférieure est le point de départ le plus fréquent des abcès latéro-pharyngiens. Arsimoles nie cette étiologie.

L'abcès latéro-pharyngien apparaît assez fréquemment dans le décours de certaines maladies infectieuses. Nous verrons les plus communes.

A la suite de la diphtérie certains auteurs ont signalé la suppuration péripharyngienne comme succédant à l'angine à bacilles de Loeffler par infection secondaire due à des microbes pyogènes.

Kohler cite un cas dans lequel un foyer purulent de voisinage, une otite moyenne chronique dans son obser-

vation, aurait été le point de départ de l'infection pharyngienne, le pus arrivant dans le pharynx par la trompe d'Eustache.

Le rôle étiologique de l'influenza paraît nettement établi par l'observation typique que Vilcoq a publiée en 1890 dans l'*Avenir Médical du Nord-Est*.

Il cite le cas d'une femme de vingt-sept ans qui fut prise d'une amygdalite pendant son influenza, et qui fit à la suite un adéno-phlegmon latéro-pharyngien avec collection purulente remplissant l'espace maxillo-pharyngien et fusant un peu dans la gaine celluleuse du paquet vasculo-nerveux du cou. L'incision fut faite extérieurement et la malade guérit en quinze jours.

Pour ce qui nous concerne, la notion étiologique d'une maladie infectieuse primitive est très nette dans trois des observations que nous relatons. La suppuration de l'espace latéro-pharyngien est apparue au décours d'une grippe, d'une scarlatine, d'une rubéole pour chacun des cas que nous mentionnons. (Voir observations.)

Ce sont là autant de causes prédisposantes à l'infection, il nous reste maintenant à voir quelles sont les causes efficientes de la suppuration. Ce sont pour la plupart les microbes pathogènes qui vivent normalement dans la cavité buccale et dans le pharynx, sous une cause provocatrice variable ils recouvrent leur virulence et déterminent l'infection. C'est ici comme partout, l'application d'une loi de pathologie générale admise sans conteste.

Dans la majorité des cas, d'après les travaux de Veillon, Widal, Bezançon, c'est le streptocoque qui

paraît être le plus souvent l'auteur de l'infection ; quelquefois il est associé au staphylocoque.

Widal cite un cas d'abcès à coli-bacilles.

Netter, un cas dû à la présence du pneumocoque.

Chez l'enfant, dit Moy, dans sa thèse, la richesse de la flore bactérienne au moment de l'éruption des dents serait un facteur étiologique important.

Ce rôle des microbes mis en évidence par les recherches de la bactériologie moderne a été entrevu depuis de longues années. Dans un article de la *Revue d'hygiène* de 1889, le Dr Netter a fait nettement ressortir le rôle que jouent dans les maladies infectieuses et plus spécialement dans les infections de la cavité bucco-pharyngienne les microbes pathogènes qui vivent dans la bouche. Réparation des organes, consentement de l'organisme, variations dans l'activité des microbes, telles sont les conditions qui permettent aux germes de la bouche de donner naissance à des maladies, et avec une facilité plus grande à des infections voisines, assez souvent localisées dans les régions péripharyngiennes qui nous occupent.

La syphilis, le lymphatisme, le rachitisme sont capables de favoriser l'éclosion des phénomènes infectieux de la région péripharyngienne, encore faut-il qu'il y ait invasion microbienne. En théorie, on peut supposer l'infection par voie sanguine, mais le plus souvent, c'est la voie lymphatique qu'emprunte l'inflammation pour se propager. Les microbes arrivent aux ganglions par les vaisseaux lymphatiques qu'ils rencontrent dans la bouche, le nez, le pharynx.

La notion d'âge est importante à préciser. Broca

fait remarquer avec juste raison que les abcès rétro-pharyngiens s'observent presque uniquement chez les tout jeunes enfants au-dessous d'un an. Les abcès latéro-pharyngiens se voient, dit-il, chez les enfants au-dessus d'un an et jamais avant cet âge. Cette notion demande à être je crois complétée, car dans les observations que nous relatons, plusieurs ont trait à des nourrissons de moins d'un an chez lesquels le diagnostic d'abcès latéro-pharyngien était certain. Pour expliquer la fréquence de ces abcès chez les tout petits, nous ne saurions mieux faire que de citer la judicieuse remarque de Gillette : « Cette prédisposition de la première enfance, dit-il, tient d'abord à l'activité du système lymphatique à cette période de la vie, activité qui se manifeste au point de vue pathologique par la participation très fréquente des ganglions aux processus infectieux. »

D'autre part, elle est liée au développement particulier des ganglions retro et latéro-pharyngiens dans les premières années de la vie. Et l'extrême rareté de la maladie chez les adultes tient sans doute, pour Gillette, à la fréquente atrophie, sinon à la disparition complète de ces ganglions à partir de la troisième année.

En somme, affaiblissement et infection spéciale créent la prédisposition : c'est de la pathologie générale.

Les conceptions pathogéniques les plus dissemblables ont été tour à tour proposées par les auteurs pour expliquer la formation et le développement des abcès latéro-pharyngiens. Nous essaierons d'en donner un aperçu rapide, mais complet.

Et d'abord où est le point de départ de l'inflammation ? Est-elle née primitivement sur place ou propagée ?

En 1879, Verneuil, dans un article paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, déclare que le pus n'envahit jamais le tissu de l'amygdale. Elle n'adhère, dit-il, que d'une façon très lâche, très peu intime à la loge qui la renferme, à telle enseigne qu'il se forme par des déplacements constants de la glande dans sa loge une sorte de bourse séreuse virtuelle entre l'amygdale et la paroi de la loge comprise entre les deux piliers du voile du palais. La collection purulente, même dans le cas de phlegmon de l'amygdale, n'est pas dans son parenchyme. Nous ne pouvons donc pas donner le tissu amygdalien comme point de départ de la suppuration du latéro-pharynx.

Vergely, de Bordeaux, soutient l'opinion suivante : Il pense que l'inflammation se développe toujours au début dans l'amygdale pour se propager très vite dans les tissus voisins, mais que jamais l'amygdale elle-même ne se transformerait en une cavité purulente. Il fait donc une nette différenciation entre la porte d'entrée qui est l'amygdale et le lieu de développement de l'infection qui est le tissu péripharyngien.

Toute opposée est la théorie de M. Devezac. Pour lui, il est manifeste que le pus se collecte au début au centre de l'amygdale pour envahir secondairement les régions voisines. Cette hypothèse d'exception est possible, comme ont essayé de le faire voir Gougenheim et Ripault, en 1894.

Nombreuses sont encore les descriptions pathogéniques fournies par les auteurs.

Mais trois théories peuvent résumer les diverses phases par lesquelles ils sont passés pour localiser le siège anatomique exact de l'abcès et expliquer son évolution.

1° La plus ancienne place l'abcès dans le tissu cellulaire du voile du palais. Telle est l'opinion défendue par Chassaignac, qui veut que « le phlegmon se forme non dans la tonsille même, mais sous cette glande, dans le tissu cellulaire lâche interposé entre la demi-capsule fibreuse et les parois propres du pharynx.

Verneuil, nous l'avons vu, dit aussi que le siège de l'abcès est dans le tissu cellulaire de la loge amygdalienne. Cette opinion, admise par Trousseau, est encore de nos jours celle de nombreux cliniciens.

2° Les recherches anatomiques du laryngologiste allemand Killian sur la fossette sus-amygdalienne le conduisent à donner comme point de départ à la suppuration le recessus palatin. Dunbar-Roy en Amérique, Botey en Espagne confirment par leurs travaux cette localisation, mais en y ajoutant ce corollaire, à savoir que dans le cas fréquent où un obstacle s'oppose au libre écoulement du pus, il va se collecter hors du pharynx, dans l'espace pré-stylien.

3° L'abcès se forme dans l'espace pré-stylien, il est toujours extra-pharyngé. Chiari est le promoteur de cette opinion et après lui Fr. Cobb a démontré l'authenticité de cette théorie par ses recherches anatomiques expérimentales. Il a notamment clairement démontré par des injections coagulables à la cire, que le dia-

phragme stylien que nous avons décrit est un réel obstacle à l'atteinte des vaisseaux par le pus collecté dans cette région (voir les schémas).

Les résultats obtenus par Cobb ont été repris dans sa thèse par Arsimoles, qui emploie une technique opératoire un peu spéciale pour ses injections et qui dans ses mains ont donné des résultats à peu près concordants avec ceux obtenus par Cobb.

Il résulte de la série de ses recherches :

A. Qu'on ne peut injecter la couche sous-muqueuse en dedans de la tunique fibreuse. L'injection teintée infiltre toute la paroi par dissociation de ses divers plans de dehors en dedans. Le pus ne peut se cantonner dans cette couche sous-aponévrotique en raison de sa tendance à se collecter en un foyer, il se porte aussitôt hors du pharynx. « Dans le tissu cellulaire sous-staphylin, il n'y a place que pour une infiltration purulente en nappe mince, étalée. L'abondance du pus évacué à l'ouverture chirurgicale ou spontanée de l'abcès ne concorde guère avec ces données. De ce fait se trouve ruinée l'hypothèse qui attribuait à l'abcès le siège dans le tissu cellulaire du voile. »

B. « L'espace pré-stylien constitue un lieu d'élection pour le développement d'une collection purulente. » Connaissant les dispositions anatomiques de l'espace pré-stylien, voyons les modifications qui y sont apportées par l'abcès artificiel, obtenu par Arsimoles au moyen d'injections de gélatine poussées par la région sus-amygdalienne.

« Le ptérygoïdien interne doublé de son aponévrose limite l'abcès et arrête son extension du côté externe.

En arrière le diaphragme stylien est étalé par écartement de ses éléments musculaires. Le styloglosse refoulé en dehors, prend point d'appui sur le pterygoïdien et, contracturé par action réflexe, contribue vraisemblablement à repousser l'abcès en dedans et en avant vers le pilier antérieur. Le stylo-pharyngien seul est repoussé en arrière bombant dans l'espace rétro-stylien. » Ces muscles sont protégés contre l'infiltration purulente de leurs faisceaux par leurs solides gaines aponévrotiques (dépendance de l'aponévrose stylo-pharyngo-maxillaire) et unis par celle-ci, forment un mur résistant qui s'oppose à l'envahissement de l'espace pré-vasculaire.

En avant, l'abcès s'avance contre le bord antérieur du maxillaire inférieur et le ligament pterygo-maxillaire; toute la face inférieure du voile du palais se laisse refouler en avant et est fortement voussurée. La paroi interne dans sa partie antérieure, où le fascia buccinatio-pharyngien devient lamelleux, est infiltrée.

La collection ne pouvant se développer ni en dehors ni en arrière, la paroi du pharynx subit un refoulement en masse (voir Schéma II). Sur le pilier postérieur le constricteur s'applique contre le pharyngo-staphilin; mais l'angle du pharynx et les parties voisines maintenues par la cloison sagittale et l'aponévrose stylo-pharyngienne conservent leur position normale. L'amygdale est repoussée en dedans à sa partie supérieure, sa moitié inférieure est maintenue dans sa position par les muscles tonsillaires; l'effort porte surtout sur le pilier antérieur.

« La résistance de la seule muqueuse doublée de la

tunique fibreuse est insuffisante, même avec le concours du glosso-staphylin dont les faisceaux ténus sont étalés sous la muqueuse du pilier ; cette portion de la paroi pharyngienne cède et vient tomber dans la cavité bucco-pharyngienne » (Arsimoles).

Vers la partie supérieure, la fusée purulente ne peut pas se produire chez le vivant car les muscles irrités sont contracturés et s'opposent ainsi à l'invasion du pus. L'espace pré-stylien étant parfaitement fermé vers le bas, l'abcès ne saurait se frayer une voie ni vers la région carotidienne, ni se prolonger dans la région sus-hyoïdienne.

Les considérations que M. Strozza met en lumière dans les *Archives italiennes d'Otologie* nous ont paru fort intéressantes, aussi, croyons-nous devoir en donner un aperçu. Cet auteur s'occupe plus spécialement de l'abcès rétro-pharyngien, mais son opinion nous paraît en tout point acceptable pour expliquer la pathogénie des abcès latéro-pharyngiens. On a voulu très souvent, trop souvent, attribuer ces abcès à la suppuration des ganglions, en faire des adéno-phlegmons. Or pour M. Strozza, le rôle de ces ganglions, en admettant même qu'ils existent réellement a été beaucoup exagéré. A notre point de vue, nous avons dit en nous occupant de l'anatomie de l'espace pré-stylien que rares y sont les ganglions. C'est un premier fait. De plus, comme le fait judicieusement observer l'auteur italien, lorsqu'on songe à toutes les causes d'infection auxquelles ils sont exposés, étant donné les rapports qui les unissent aux fosses nasales, au pharynx et aux oreilles, il est impossible de n'être pas frappé alors de la rareté relative de ces abcès, laquelle devient peu explicable.

Et n'est-il pas plus logique d'admettre avec M. Strozza, qui fonde son opinion sur de nombreuses observations, que dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, le point de départ se trouve non pas dans les amygdales, mais dans le tissu adénoïde qui entoure le pharynx et dont l'ensemble constitue le grand anneau lymphoïde de Waldeyer. Ce tissu constitue, surtout chez les enfants scrofuleux et hérédosyphilitiques, un des points faibles de l'organisme ; il est constamment exposé à l'infection par les nombreux germes pathogènes qui pullulent dans la bouche, les fosses nasales et le pharynx des nourrissons. Le plus souvent, à cette époque de la vie, ce tissu subit une hyperplasie qui le rend encore plus vulnérable. Les poussées inflammatoires successives et fréquentes peuvent se terminer par un véritable abcès, qui se collecte de préférence, comme nous avons essayé de le montrer, dans l'espace pré-stylien.

Bactériologie. — L'examen bactériologique du pus des abcès latéro-pharyngiens a révélé l'existence des microbes les plus divers, ne seraient-ce que les hôtes normaux de la cavité buccale. Mais parmi les nombreuses variétés « c'est surtout au *staphylococcus albus* et au *streptococcus pyogenes* qu'on est en droit d'attribuer le rôle le plus actif, d'abord parce qu'on les sait pathogènes et ensuite parce que dans les cas où la maladie ne se borne pas à des lésions locales et se complique de lésions secondaires plus ou moins éloignées, on peut souvent constater l'existence de l'un ou de l'autre de ces microbes au niveau de ces lésions, à l'exclusion des autres ». (Charcot, Bouchard.)

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Pour la commodité de la description, nous allons étudier successivement la symptomatologie des abcès développés :

1° Dans l'espace pré-stylien (siège le plus fréquent des abcès latéro-pharyngiens proprement dits) ;

2° Dans l'espace rétro-stylien (qui est le lieu d'élection des adéno-phlegmons latéro-pharyngiens).

Ces deux sortes d'abcès que souvent on différencie moins nettement, sont plus généralement connus sous le nom d'abcès péripharyngiens.

A. — Abcès de l'espace pré-stylien.

SYMPTOMES FONCTIONNELS. — L'abcès peut commencer par une période prodromique. On constate de l'anorexie, des malaises généraux, de la courbature, des douleurs vagues du côté de l'arrière-gorge. Quelquefois c'est un coryza, un léger mal de gorge, un commencement d'angine, qui marquent le début. La température est normale. Dans ce cas, il s'agit d'un début lent et insidieux.

Chez l'enfant, parfois au décours d'une grippe, d'une rougeole, d'une scarlatine, pendant la convalescence, alors que les symptômes généraux cèdent en partie, l'enfant devient inquiet pendant quelques jours, il prend mal le sein ou se tient immobile dans son lit.

Au contraire, le début peut être brusque, à grand fracas. La fièvre apparaît et monte rapidement à 39 ou 40 degrés. On peut observer des frissons répétés, de la céphalée. La gorge est rouge et enflammée avec sensation de sécheresse pénible. Le malade accuse souvent la sensation d'un corps étranger qui se serait arrêté dans l'arrière-gorge. En même temps apparaît la dysphagie qui fait rarement défaut. D'abord peu marquée, elle devient rapidement très intense et empêche l'enfant de prendre la moindre nourriture. Cette dysphagie très marquée est caractéristique et c'est presque toujours le phénomène qui frappe le plus les parents interrogés sur le début de l'affection chez un enfant. Dysphagie qui chez les petits est très accentuée, soit parce que l'enfant avale de travers, s'étrangle, ou qu'une partie du liquide revient par le nez, comme s'il y avait une paralysie du voile du palais, soit par l'impossibilité de déglutir les solides et même les liquides.

Ce symptôme est du plus haut intérêt chez l'enfant : chez lui il existe rarement en dehors de l'abcès péripharyngien ; en particulier, on ne le rencontre pas dans les angines, si intenses soient-elles.

Le trismus est un signe précoce et important.

La raideur du cou, le torticollis, est constant. Cette position fléchie de la tête, inclinée du côté malade,

s'explique aisément par la contracture des muscles styliens.

On constate souvent de la gêne dans l'articulation des mots, les mouvements de la langue sont en effet douloureux, parfois même impossibles, par contracture du stylo-glosse. La voix ou le cri ont un timbre nasillard caractéristique. Quant à la dyspnée, elle peut exister bien que moins accentuée ici que dans les abcès rétro-pharyngiens.

En général, chez les enfants, les troubles respiratoires sont tardifs, mais c'est une dyspnée laryngée qui n'est pas due à de l'obstruction nasale.

SIGNES PHYSIQUES. — Inspection : à l'examen local, si l'on peut vaincre le trismus, on trouve une tuméfaction générale de la gorge. La muqueuse du pharynx est rouge et gonflée. Il existe une tuméfaction plus ou moins saillante dans la cavité bucco-pharyngienne. En arrière de l'amygdale, le plus souvent, cette tumeur, arrondie ou allongée, œdémateuse, respecte la paroi postérieure.

Rouges aussi sont les amygdales dont on remarque une augmentation de volume. Elles semblent comme repoussées en dedans, surtout d'un côté, où le toucher nous révélera tout à l'heure un point plus douloureux. L'abcès refoule en dedans et en avant le pilier antérieur et, dans quelques cas, peut se propager jusqu'au niveau des dernières molaires, en arrière vers le voile du palais et la luette qui sont aussi le siège d'une inflammation notable.

Toucher bucco-pharyngé. — L'exploration digitale

nous donnera des renseignements précis, mais il est presque toujours difficile à pratiquer, surtout chez les enfants. On peut se servir de l'ouvre-bouche ou du doigtier en métal ou en caoutchouc « si enfin, dit J. Renault, on n'a sous la main ni doigtier ni ouvre-bouche, l'enfant est assis sur le genou droit d'une personne qui lui maintient les bras et les jambes ; le médecin se place derrière lui, un peu à sa droite, passe le bras gauche sur le côté gauche de la tête, puis sous le menton pour ramener la main au niveau de la joue droite, qu'avec l'index il enfonce entre les arcades dentaires, pendant qu'il maintient solidement la tête appliquée contre sa poitrine ou sa hanche. L'enfant, si on a bien exécuté la manœuvre, est incapable de remuer la tête ou de mordre ; on peut avec facilité et en toute sécurité explorer la gorge avec l'index droit enfoncé dans la bouche ».

En pratiquant le toucher le doigt sent par la bouche une tuméfaction molle, dépressible. On apprécie nettement sa situation exacte, son étendue, sa résistance et sa fluctuation, surtout si l'on a le soin d'associer au toucher intra-buccal la palpation dans la région angulo-maxillaire en refoulant les tissus en haut et en arrière.

On perçoit alors une collection développée tantôt en dehors et en arrière de l'amygdale, tantôt au niveau du tiers supérieur du pilier antérieur. On sent à ce niveau une région molle, déprimée, une sorte de boutonnière, c'est le signe de Lemaistre, de Limoges. Les bords de cette boutonnière seraient formés pour les uns par les faisceaux dissociés du muscle glosso-sta-

phylin; pour les autres, par le pilier antérieur du voile en arrière, la glande rétro-molaire en avant.

« Cet intervalle, parfois marqué sur les pharynx normaux par une légère dépression répond à un point faible de la paroi pharyngienne. L'aponévrose intrapharyngienne qui s'est perdue en arrière en se dissociant sur la capsule de l'amygdale, n'existe plus à ce niveau, de sorte que le constricteur vient s'accoler à la muqueuse dans le fond de la dépression qui sépare le pilier antérieur et le bourrelet rétro-molaire. C'est en ce point aminci que l'abcès viendrait faire saillie et qu'on percevrait sa fluctuation. » (Lemaître.)

EVOLUTION ET MIGRATION. — En général, les symptômes que nous venons de signaler évoluent simplement. Si l'évacuation du pus n'est pas faite par le médecin au bout de huit à dix jours, on arrive à l'ouverture spontanée de l'abcès dans la cavité bucco-pharyngienne. Cette dernière évolution serait le fait le plus fréquemment observé d'après Broca.

Migration antérieure. — Elle a été observée par M. le Dr Nové-Josserand chez une petite malade de son service. Dans ce cas, l'abcès fusé sous l'amygdale et vient faire saillie en avant d'elle. Dans cette direction l'on conçoit que le pus puisse se frayer une voie pour aller dans la joue en suivant le muscle bucco-pharyngien. C'est peu fréquent.

Migration inférieure. — Vers l'angle du maxillaire. Elle doit être exceptionnelle. Notre maître, M. le Dr Nové-Josserand, ne l'a jamais observée et, pour notre part, nous ne l'avons pas vu signalée. D'ailleurs, la

disposition anatomique suffit à nous expliquer ce peu de fréquence.

Migration postéro-externe. — C'est la plus fréquente. Il s'agit alors, croyons-nous, de la propagation du processus infectieux à l'espace voisin rétro-stylien, à travers le diaphragme stylien. Nous avons à faire, dans ce cas, à un adéno-phlegmon latéro-pharyngien à évolution et à symptomatologie un peu spéciale.

Du côté du cou, on a de l'adénopathie cervicale ; dans la région de l'angle de la mâchoire, l'inspection extérieure révèle parfois un gonflement considérable. Les ganglions deviennent volumineux, on en perçoit nettement quelques-uns, saillants, roulant sous le doigt explorateur. L'atmosphère qui les entoure ne tarde pas à prendre part à la réaction inflammatoire. Et, de ce côté, les symptômes sont variables à l'infini dans leur intensité.

Tantôt comme dans l'observation X, on note seulement dans la région sous-angulo-maxillaire un œdème léger et un tout petit ganglion dur, isolé, facilement mobilisable au palper ; tantôt comme dans l'observation XI on a une tuméfaction diffuse et, au milieu d'elle un ganglion qui donne nettement la sensation de fluctuation, bien que l'opération ait montré qu'il s'agissait ici seulement d'une réaction inflammatoire à distance, sans suppuration. On a trouvé le pus par incision intra-buccale seulement.

B. — Abscess de l'espace rétro-stylien (adéno-phlegmons latéro-pharyngiens).

Les adéno-phlegmons latéro-pharyngiens sont très rares. On y rencontre à peu près la symptomatologie que nous avons indiquée pour les abscess pré-styliens.

Toutefois, dans ce cas, les symptômes fonctionnels et les signes physiques diffèrent par leur intensité.

La fièvre et la dysphagie sont les deux symptômes qui prédominent. Les phénomènes généraux sont graves, avec frissons répétés, quelquefois du délire. Enfin apparaissent des phénomènes nerveux dus à l'irritation des nerfs contenus dans la région. En effet, c'est par la compression des nerfs spinal et pneumogastrique que l'on doit expliquer l'apparition des convulsions chez les enfants surtout, du hoquet et des vomissements, tous signes qui sont loin d'être rares dans l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien. Les signes physiques sont plus nets, plus accusés.

Du côté du cou, à sa partie supéro-latérale, il existe une tuméfaction inflammatoire d'autant plus marquée que l'infection intéressera le groupe le plus externe des ganglions de l'espace rétro-stylien. Cette tuméfaction est dure, douloureuse à la palpation, difficile à délimiter.

Le torticolis est de règle dans cette forme.

Le trismus est un signe constant.

Si l'on examine la gorge du malade, ce qu'il faut toujours faire quand on se trouve en présence d'une

inflammation localisée dans la région sous-angulo-maxillaire, on voit, comme le décrit le D^r Escat, « une tuméfaction latérale soulever la fosse amygdalienne, l'amygdale et les deux piliers en dedans. Cette tuméfaction s'étend en outre comme un gros bourrelet vertical derrière le pilier postérieur et rend le pharynx asymétrique. C'est immédiatement en arrière de l'amygdale qu'est le point culminant de la tuméfaction ».

Le toucher combiné à la palpation de la région angulo-maxillaire permet de délimiter la tumeur, d'en apprécier la consistance, d'en préciser le siège et parfois de sentir à son niveau les battements des gros vaisseaux refoulés en dedans.

Ces abcès ont deux voies de propagation :

1^o Ou bien ils évoluent vers le pharynx, repoussant quelquefois les vaisseaux et cela après avoir envahi l'espace pré-stylien. M. Morestin en cite un cas typique qu'il a observé dans le service de M. le D^r Richelot à l'hôpital Tenon. Il existait un abcès latéro-pharyngien qui communiquait avec une poche développée dans l'espace pré-stylien. La fluctuation dans cet abcès en bissac était facilement transmise de la collection cervicale à la poche pharyngée. M. Morestin pense que dans ce cas, la collection s'était formée en premier lieu dans la région rétro-stylienne car elle était plus considérable à ce niveau que du côté du pharynx. « Si la collection endopharyngienne avait été primitive elle se serait sans doute rompue dans le pharynx avant d'avoir déterminé ce volumineux abcès latéro-pharyngien ».

2° Ou bien ces abcès rétro-styliens respectent la barrière interne que leur oppose le diaphragme stylien, le pus s'ouvrira un chemin du côté de la région cervicale et viendra se faire jour à l'extérieur au-dessous du sterno-cleido-mastoïdien.

La marche et l'évolution de ces abcès sont indispensables à connaître, elles seules peuvent indiquer les conditions précises de la technique opératoire à suivre pour le traitement.

Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, de par leur siège qui commande leur évolution, les abcès de l'espace rétro-stylien sont plus graves, mais heureusement beaucoup plus rares, que ceux de l'espace pré-stylien.

De l'exposé anatomique, des notions pathogéniques et du tableau symptomatique, brièvement exposés, il résulte que l'on peut nettement établir une classification des abcès latéro-pharyngiens.

1° Il existe d'abord des abcès latéro-pharyngiens développés dans l'espace pré-stylien. Ils naissent en général dans le tissu lymphoïde pharyngien pour se collecter dans cet espace.

Leur évolution est simple et le plus souvent ils guérissent sans accident par ouverture spontanée ou opératoire.

Leur pronostic est bénin.

2° Il y a ensuite des abcès de l'espace rétro-stylien que l'on peut appeler des adéno-phlegmons latéro-pharyngiens par leur siège anatomique et leurs caractères de développement. Nés dans les ganglions lymphatiques de l'espace, ils sont le résultat d'une inflam-

mation apparue sur place ou bien venant d'une lésion voisine.

Leur marche clinique est plus grave que pour les précédentes, les symptômes généraux et locaux sont plus accentués. Leur pronostic est plus réservé.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS

1° Dans les *abcès pré-styliens*. — Elles sont rares. La période d'abcès précédée ou non d'angine prémonitoire et de quelques phénomènes généraux peu marqués, a une durée de quelques jours seulement et la guérison arrive le plus souvent par ouverture spontanée. Elle est la règle. Une complication, rare d'ailleurs, est l'hémorragie. Elle peut être abondante. Mais il ne saurait s'agir ici d'une lésion de la carotide interne ou de la jugulaire. Nous savons que la disposition anatomique de la région met ces vaisseaux hors d'atteinte dans la suppuration limitée à l'espace pré-stylien. On a signalé l'ouverture de la palatine ascendante branche de la faciale ou de la pharyngienne ascendante branche de la carotide externe. C'est là un fait d'exception et d'ailleurs sans conséquences immédiatement sérieuses. Cette complication vasculaire n'est grave que dans les abcès de l'espace rétro-stylien, nous le verrons plus loin. En effet, l'observation de Stoupy où la ligature de la carotide externe suffit à arrêter les hémorragies et le cas de Müller, où à la nécropsie il ne trouve qu'une lésion de l'artère faciale, mettent la carotide interne

hors de cause, à moins d'adéno-phlegmon rétro-stylien secondaire.

Rieffel a montré que la carotide interne reste éloignée de la région amygdalienne de 2 centimètres dans les cas moyens. Elle est comme nous l'avons dit, dans le chapitre premier, protégée par une épaisse couverture musculo-aponévrotique qui suffit à la garantir dans tous les cas où la suppuration se fait en dedans de cette cloison.

Dans 36 cas observés par M. le Dr Escat, on ne trouve qu'un cas de mort par syncope.

La complication la plus sérieuse de l'abcès pré-stylien est certainement la propagation secondaire du processus inflammatoire à l'espace rétro-stylien et les lésions des organes importants qu'il renferme.

2^o *Abcès rétro-styliens.*

Ici l'ulcération vasculaire est très explicable par la situation du paquet vasculo-nerveux au centre des groupes ganglionnaires qui sont le siège de l'infection.

Le vaisseau lésé est tantôt la carotide interne, tantôt la jugulaire interne. On est alors averti de la perforation vasculaire par une hémorragie foudroyante qui s'épanche dans le pharynx, sans symptôme prémonitoire.

Duke signale un cas dans lequel la carotide interne s'ouvrit dans une poche purulente ; il s'en suit un anévrisme faux qui fait saillie dans le pharynx, mais dont on ne perçoit pas toujours avec netteté les battements. Et c'est vraisemblablement dans un cas de ce genre que Chassaignac intervint croyant ouvrir un phlegmon : sa méprise ne fut d'ailleurs pas fatale au

malade, il lui fit la ligature de la carotide primitive et la guérison fut obtenue.

Cette complication n'est pas exceptionnelle au cours des abcès latéro-pharyngiens intéressant l'espace rétro-stylien.

Dans les *Archives de médecine et de pharmacie* militaires du mois de septembre 1907, M. le médecin principal Moty en publie une observation que nous reproduisons plus loin. (Observation I.) Il s'agit dans ce cas, non pas d'un anévrisme diffus faisant saillie dans le pharynx, mais d'une exulcération de la carotide interne probablement ou de la pharyngienne inférieure, donnant lieu à des hémorragies répétées. L'état du sujet était grave, le pronostic rigoureusement fatal. L'auteur a fait la ligature de la carotide primitive, le malade a guéri.

Cette observation est en tous points semblable au cas de Dünn relatif à un enfant de trois ans et demi, atteint lui, d'abcès périamygdalien : le quatrième jour l'abcès se rompit et les sept jours suivants se produisirent six hémorragies très abondantes avec écoulement de sang, entre l'amygdale et la partie supérieure du pilier postérieur qui réduisirent l'enfant à un état demi-comateux. Une tumeur pulsatile apparut entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire : guérison par la ligature de la carotide primitive.

Mais, dans ce cas, le diagnostic de la branche qui saignait était plus simple et la formation de la poche qui battait sous l'angle de la mâchoire indiquait nettement une perforation de la carotide interne.

(Caytan, Grisolle, Erhmann (de Mulhouse), Müller,

Zimmermann, Pitt's, Moizard, Hall en ont cité des observations réunies dans une communication de Veillard.

Comme lésion vasculaire au cours de ces abcès on a encore signalé des phlébites de la jugulaire interne. Tels sont les cas relatés dans la thèse de Didelot (Paris 1850), et dans celle de Breton (Paris 1883).

Mais ces accidents sont exceptionnels.

M. Broca insiste, avec juste raison, sur les complications vasculaires de l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien dans son article du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

Jacquemard dans sa thèse, et Laffont signalent aussi cette complication. Vergely (de Bordeaux) a rapporté en 1886 un cas de perforation de la carotide interne chez un homme de trente ans, ayant un phlegmon latéro-pharyngien pour lequel il n'avait pas été soigné.

Enfin, en 1894, M. Meslay a présenté à la Société anatomique un exemple semblable que nous reproduisons plus loin. Nous l'empruntons à la thèse de Moreau. Cette observation nous offre un double intérêt car le malade a présenté en dehors de la perforation artérielle une propagation du pus dans l'oreille.

C'est là une complication que l'on rencontre quelquefois; notre maître, M. le Dr Nové-Josserand, en a observé deux cas. En 1904, dans la *Gazette Lekarska*, M. Szmurlo signale un cas d'ouverture d'un abcès péripharyngien dans la caisse du tympan avec écoulement de pus par le conduit auditif externe. On trouvera plus loin, le résumé et son observation. (Voir Obs. III.)

Enfin on peut trouver, comme dans tous les cas de suppuration des régions pharyngiennes de l'œdème, de la glotte, ou l'asphyxie par irruption du pus dans les voies aériennes.

Périgord a rapporté un cas de méningite suppurée consécutive à un abcès entéro-pharyngien.

Toutes ces complications graves sont heureusement rares.

Diagnostic.

Il est quelquefois délicat. Nous sommes en présence d'un malade, plutôt un enfant, présentant l'ensemble symptomatique que nous avons décrit; il faut d'abord savoir, l'abcès rétro-pharyngien étant éliminé et lorsqu'on n'est plus en droit de songer qu'à une suppuration latéro-pharyngienne, si l'abcès est collecté vers la paroi du pharynx dans l'espace pré-stylien ou en dehors du diaphragme stylien, dans l'espace rétro-stylien.

Abcès pré-styliens. — Le diagnostic est en général simple. La recherche attentive des signes que nous avons mentionnés permettra le plus souvent une solution rapide. La dysphagie, la raideur du cou, le timbre de la voix, signes complétés par le toucher bucco-pharyngé forment un ensemble symptomatique qui fait rarement défaut.

Dans ce cas d'abcès pré-stylien de diagnostic peut hésiter avec la périamygdalite simple ou le phlegmon de l'amygdale, celui-ci est exceptionnel bien qu'une autopsie de Didelot en démontre la réalité.

Dans ce cas, on a aussi de la douleur à la déglutition. La fièvre est intense, la respiration gênée, on note un peu de constriction des mâchoires. Il existe un gonflement rouge violacé bilatéral, mais prédominant d'un côté. Le pilier antérieur bombe en avant, l'amygdale est tuméfiée ; le toucher intra-buccal fait nettement sentir de la fluctuation à son niveau. C'est surtout par le siège de la tuméfaction que l'on fera le diagnostic. Car, comme le dit M. Morestin : « Le phlegmon de l'amygdale est nettement endo-pharyngien, alors que l'abcès pré-stylien est nettement péripharyngien. »

Quelquefois enfin, le diagnostic peut être rendu plus difficile par la coexistence des deux affections : un abcès pré-stylien faisant suite à une amygdalite phlegmonneuse. Il est toujours simple de distinguer l'abcès pré-stylien de toutes les angines ou les inflammations chroniques du pharynx.

Abcès rétro-styliens. — Ces abcès ou adéno-phlegmons latéro-pharyngiens doivent être diagnostiqués d'une façon précoce en raison de la gravité de leur pronostic.

La difficulté est parfois assez grande.

A leur début, ils s'accompagnent souvent de phénomènes généraux que l'on rencontre dans beaucoup de maladies ; chez les enfants, dans quelques cas d'accidents nerveux très accusés, on a pu songer à une méningite.

Il ne faudra pas se contenter de poser le diagnostic sur les symptômes fonctionnels dysphagie et dyspnée qui accompagnent fréquemment nombre d'affections diverses dans l'enfance. La laryngite striduleuse, le

croup, l'œdème de la glotte pour ne citer que les plus communes. De là le précepte de toujours faire un examen minutieux de la cavité bucco-pharyngée.

L'abcès latéro-pharyngien ne sera pas confondu avec l'abcès rétro-pharyngien. La notion d'âge quelquefois, les symptômes plus graves, l'examen attentif de la gorge qui montre l'intégrité de la paroi postérieure, éclairent le diagnostic.

On pourrait croire à un abcès pré-stylien, nous avons suffisamment insisté sur les symptômes dans l'un et dans l'autre cas pour n'avoir pas à y revenir ici.

L'embarras peut être plus grand cependant s'il s'agit d'un abcès pré-stylien compliqué d'adéno-phlegmon latéro-pharyngien développé par propagation à travers la barrière musculo-aponévrotique du diaphragme stylien.

Les signes physiques du côté du cou pourront surtout égarer le diagnostic, qui devra être fait principalement avec :

1^o Le phlegmon infectieux du pharynx étudié par Sénator Landgraff, Merklen. Dans ce cas l'inflammation revêt une forme foudroyante et une gravité telle que tous les cas connus ont été suivis de mort. L'affection débute comme une maladie générale à grand fracas avec fièvre, douleurs, frissons, délire. Le pharynx est rouge, tuméfié dans toute son étendue. La dysphagie est considérable, la dyspnée intense. Le cou est empâté, douloureux, mais généralement dans tout son pourtour sans localisation latérale. La marche de cette infection suraiguë est inévitable et d'une façon constante se termine par la mort sans qu'aucun traitement en puisse enrayer l'évolution.

2° Le phlegmon sous-maxillaire peut en imposer quelquefois pour un abcès latéro-pharyngien dans les cas où l'inspection de la gorge donne peu de renseignements malgré les signes fonctionnels qui y font penser. On a souvent même étiologie, mêmes symptômes, même marche. Dans le phlegmon de la loge sous-maxillaire, l'œdème, la fluctuation même de la région sous-angulo-maxillaire peut s'accompagner de rougeur du côté de la muqueuse pharyngienne, de gêne de la déglutition, de trismus.

Les phénomènes généraux peuvent être graves. L'œdème de la muqueuse pharyngée au début doit faire plutôt penser à un abcès latéro-pharyngien. Les troubles respiratoires et de la voix y sont plus accusés que dans le phlegmon sous-maxillaire. Le toucher pharyngien donne presque toujours des renseignements précieux ; aidé de la palpation cervicale, il peut donner la sensation de flot qui ne peut exister en de pareilles conditions pour le phlegmon sous-maxillaire. En somme, la prédominance des signes fonctionnels doit faire penser à un abcès latéro-pharyngien, la prédominance des signes physiques du côté du cou, sans symptômes pharyngés nets doit orienter le diagnostic vers le phlegmon sous-maxillaire ;

3° La migration des abcès latéro-pharyngiens vers la partie supérieure, venant s'ouvrir dans le conduit auditif externe, peut rendre difficile leur diagnostic avec la mastoïdite avec abcès mastoïdien, décrite par Bezold. Le pus forme une collection à la partie supérieure du cou, de là, il peut se frayer une voie le long des insertions du muscle digastrique et venir faire

saillie sous le sterno-cleido-mastoïdien et dans la région rétro-maxillaire. Dans l'un et l'autre cas, nous avons une température élevée, de l'otorrhée et un abcès cervical situé dans la même région. Mais, dans le cas de mastoïde, la pression au niveau de la face externe de la mastoïde est douloureuse. Dans la maladie de Bézold, l'otorrhée s'accompagne le plus souvent de perforation de la membrane du tympan, ce qui est exceptionnel dans l'abcès latéro-pharyngien, puisque, comme l'a bien mis en évidence M. Mayet, l'orifice par lequel l'abcès cervical communique avec le conduit auditif externe est situé en dehors du cadre osseux du tympan.

L'examen méthodique de la gorge, la recherche ou la constatation de la dysphagie et de la dyspnée aideront au diagnostic d'abcès latéro-pharyngien. Mais il peut se rencontrer des cas difficiles, soit que l'abcès pharyngien arrive à perforer le tympan, soit que la mastoïdite de Bézold se complique d'un abcès fusant vers le pharynx, comme dans les exemples rapportés par M. de Gaye (deuxième réunion des Otologistes belges, 1891);

4^e L'abcès latéro-pharyngien doit être différencié d'une collection froide symptomatique d'un mal de Pott cervical, venant faire saillie dans la région sous-angulo-maxillaire. La suppuration bacillaire sera facile à diagnostiquer par ses caractères de chronicité, l'absence de fièvre, la douleur réveillée à la palpation de la colonne cervicale, tous signes qui joints aux antécédents et à l'état général du malade suffisent à poser le diagnostic;

5° Nous ne mentionnerons que pour mémoire l'anévrisme de la carotide interne qui, d'abord, est très rare et présente ensuite des signes de tumeur vasculaire toujours reconnaissables;

6° La thyroïdite d'un lobe latéral ne nous arrêtera pas longtemps; il suffit d'y songer pour l'éliminer.

Observations

OBSERVATION I

Abcès latéro-pharyngien gauche, suite d'une amygdalite. — Hémorragies répétées. — Ligature de la carotide primitive gauche. — Guérison. (Obs. publiée dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* par M. le médecin principal Moty, septembre 1907.)

D..., soldat au 3^e génie, entre à l'hôpital de Verdun le 12 janvier 1907. Il se plaint depuis une huitaine de jours de fièvre, de dysphagie, de raideur de la nuque. Les mouvements du cou et ceux de la déglutition sont douloureux.

Rougeur du voile du palais, du pharynx, des amygdales, particulièrement de la gauche fortement tuméfiée; les piliers gauches sont violacés, œdémateux, surtout le pilier postérieur s'étalant pour se fondre avec la paroi latérale gauche du pharynx. Gonflement notable des régions sous-maxillaires. Température au voisinage de 39 degrés. Tous ces symptômes s'atténuent bientôt et, le 16 janvier, le phlegmon périamygdalien, qui ne s'est pas ouvert, semble se résorber. Néanmoins, la déglutition demeure légèrement douloureuse.

17 janvier au soir. — L'amygdale gauche grossit de nouveau, modérément toutefois ; les piliers augmentent de volume ; le pilier postérieur violacé, saillant, se continue avec la paroi gauche du pharynx tuméfié.

Dans la nuit du 18 au 19, expectoration de quelques crachats sanguinolents. Le matin, au réveil, l'état du pharynx est sensiblement le même. Dysphagie modérée. T. = 39 degrés le soir.

Dans la nuit du 19 au 20, le malade est pris brusquement au milieu de son sommeil d'une forte quinte de toux et rend en quelques minutes, comme dans une hémoptysie, six crachoirs de sang rutilant. M. le médecin-major Guibal appelé constate à ce moment l'existence d'un caillot mou en forme de sangsue, long de 1 centimètre environ, sur la paroi postérieure du pharynx. Comme l'hémorragie est arrêtée, il ne juge pas urgent d'intervenir, mais il prépare ce qui est nécessaire pour la ligature d'une carotide. A 3 heures du matin, nouvelle hémorragie de quatre crachoirs de sang dans une quinte de toux. Le malade, très pâle, délire et veut se lever ; la mort paraît imminente. A ce moment, la paroi postéro-latérale gauche du pharynx est soulevée par une tuméfaction violacée, tendue, indice d'un hématome sous-muqueux qui se vide par le petit orifice béant à la paroi postérieure du pharynx.

Impossible de savoir si l'hémorragie venait d'une carotide ou de la pharyngienne inférieure. En conséquence, on pratique la ligature de la carotide primitive gauche au lieu d'élection après cocaïnisation locale. Pansement compressif. 500 grammes de sérum.

Le 20 au matin, T. = 39°2 ; le soir, 39 degrés. Le poul bat à 120. L'œil gauche présente un myosis très prononcé qui diminue à partir du 22, mais persiste encore le 15 septembre à la sortie du malade.

Aucun trouble des fonctions cérébrales. Le poul se régularise dans les quatre jours qui suivent la ligature ; il bat à 80.

Les suites sont simples. Le malade se rétablit assez rapidement.

15 février. — Jour de la sortie; il existe encore une petite saillie lenticulaire de la muqueuse au point où se fit l'hémorragie. Les battements ont cessé d'être perçus dans la temporale gauche aussitôt après l'opération et n'avaient pas encore nettement reparu au moment de la sortie.

Cette observation nous présente un double intérêt : au point de vue clinique d'abord en nous montrant l'évolution des symptômes dans la complication redoutable qu'est la lésion vasculaire au cours d'une suppuration de l'espace rétro-stylien ; en second lieu, elle nous indique la conduite à tenir dans un cas semblable et la seule intervention à tenter : la ligature de la carotide primitive, qui est l'unique moyen de sauver son malade.

OBSERVATION II

(Résumée, de M. Meslay, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1894.)

Enfant de cinq ans, se plaint de la gorge, dysphagie extrême. A montré le 9 novembre du gonflement du cou. Fièvre, agitation nocturne. Ecoulement de pus et de sang par l'oreille droite, sans douleur de ce côté. Trois jours après le début, épistaxis abondantes. Abattement général, pouls rapide.

Toucher pharyngien négatif. Dans la journée, état comateux, cessation de l'écoulement.

13 novembre. — Dans la nuit, reprise des hémorragies, expulsion de sang et de caillots par la bouche et par l'oreille. L'enfant est au plus bas. On intervient.

Opération. — Incision au niveau des ganglions du cou.

Une artère est liée. L'enfant prend une syncope. Injection intraveineuse de sérum. Mort par syncope.

Autopsie. — Examen local : la ligature a porté sur la carotide interne. Une poche remplie de caillots noirâtres occupe tout l'espace maxillo-pharyngien ; il existe une large ulcération de la carotide interne à sa partie droite supérieure avant sa pénétration dans le rocher.

Rien du côté de l'oreille ; la chaîne des osselets est intacte, la membrane du tympan est saine.

OBSERVATION III

(Publication polonaise, *Gazette Lekarska*, mai 1904.)

Fillette de trois ans qui, une quinzaine de jours après le début d'une scarlatine, alors que cette affection semblait être en défervescence, fut prise d'accès de suffocation pendant le sommeil et de difficultés dans la déglutition. Au bout de trois jours, on vit se déclarer un écoulement séropurulent de l'oreille gauche. Les parois du conduit auditif externe sont intactes. Au niveau du quart inférieur et antérieur de la membrane du tympan, il y avait une fente à travers laquelle on faisait sourdre du sang et du pus. Le côté gauche du pharynx était fortement injecté et bombait. La palpation digitale y décelait de la fluctuation.

Incision de l'abcès ; la malade est bien mieux. Tous les troubles fonctionnels ont disparu (Szmurlo).

OBSERVATION IV

Phlébite suppurée (cas de Ward cité par Arsimoles).

Une femme de trente ans est atteinte d'amygdalite gauche douloureuse ; trois jours après survient une péri-amygdalite droite avec tuméfaction du côté du cou et

engorgement ganglionnaire. A la palpation, on ne perçoit pas de fluctuation. La tuméfaction cervicale augmente les jours suivants. On trouve au poumon droit des signes de pneumonie avec état fébrile marqué. L'incision des parties tuméfiées montre du pus sous l'aponévrose superficielle.

Mort le neuvième jour avec le tableau clinique de la pyohémie. A l'autopsie, on trouve une thrombose de la jugulaire interne et des lésions de phlébite septique.

OBSERVATION V (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le D^r Nové-Josserand.)

Garçon de cinq ans. A la suite de la scarlatine, il conserve de la fièvre. Il existe deux petits ganglions sous-angulo-maxillaires sans dysphagie, ni dyspnée, ni aucun trouble attirant l'attention du côté du pharynx. En explorant avec le doigt, on trouve cependant un abcès appliqué contre la paroi gauche du pharynx. Anesthésie au kélène. Ouverture au bistouri. Large débridement à la sonde cannelée. Guérison rapide.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le D^r Nové-Josserand.)

Mlle X..., sept ans. Abcès latéro-pharyngien gauche développé à la suite d'une grippe. Abcès bombant manifestement du côté du pharynx. Au-dessous de l'angle de la mâchoire, du côté correspondant, on sent un ganglion dur avec sensation diffuse de tuméfaction profonde. On discute l'opportunité de l'intervention par voie externe ou par voie pharyngée. M. le professeur M. Pollosson, qui assistait à la consultation, serait plutôt d'avis d'aborder la collection par la voie cutanée. M. le D^r Nové-Josserand insiste pour l'ouverture par voie buccale. Anesthésie au kélène.

Ouverture de l'abcès par le pharynx. L'abcès est ponc-

tionné au bistouri puis largement débridé à la sonde cannelée.

Guérison très rapide.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le D^r Nové-Josserand.)

Nourrisson de huit mois. Gros abcès latéro-pharyngien gauche avec tuméfaction prononcée du cou au-dessous de l'angle de la mâchoire. Enfant très débilité, ne pouvant plus avaler une goutte de lait depuis plusieurs jours. Crises graves d'asphyxie. On décide d'intervenir dans ce cas par voie externe. Aux premières gouttes de chloroforme, syncope et mort.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le D^r Nové-Josserand, hospice de la Charité.)

Enfant de quinze mois. Entre dans le service de M. le D^r Nové-Josserand le 1^{er} juin 1907. Otorrhée depuis quinze jours. Souffre de la gorge depuis huit jours.

Depuis deux jours gêne très marquée de la déglutition, l'enfant ne boit qu'un peu de liquide et difficilement.

Gêne respiratoire très prononcée depuis quarante-huit heures. Il s'agit d'un abcès latéro-pharyngien droit ; dans le pharynx, il existait une grosse masse ramollie. Extérieurement, tuméfaction diffuse sous le sterno-cléido-mastoïdien.

Ganglion rétro-angulaire.

Ouverture par la bouche à la sonde cannelée. Evacuation de 30 grammes environ de pus épais.

L'enfant guérit sans autres suites.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Nové-Josserand.)

Enfant de dix-sept mois. Début il y a dix jours, par une angine avec rougeur prédominante sur l'amygdale gauche avec fièvre sans points blancs. Dès le début, on a senti avec le doigt une tuméfaction sur la paroi gauche du pharynx. Elle était dure. Au bout de deux jours, gêne de la déglutition, pas de gêne appréciable de la respiration. Le 10 juin, l'état était plutôt amélioré mais on sentait un abcès bien collecté. Légère tuméfaction de la région antéro-latérale du cou. Dans le pharynx, on voit un abcès du volume d'une petite noix appliqué sur la paroi gauche du pharynx nettement fluctuant. On ne sent rien dans la région sous-angulo-maxillaire, ni sous le sterno-mastoïdien à sa partie supérieure. Plus bas, à la partie moyenne du cou, tuméfaction diffuse phlegmoneuse, sans fluctuation donnant l'impression d'une thyroïdite du lobe gauche, mais probablement ganglionnaire.

Incision par la bouche au dilatateur gouttière de Tripiér.

Il s'écoule environ une cuillerée à soupe de pus.

Guérison simple.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Dr Nové-Josserand.)

Garçon de trois mois, qui vient d'avoir une série de maladies : la grippe, la rubéole, un peu de muguet. Le 1^{er} juin 1907, on commence à remarquer un peu de gêne de la déglutition et l'examen montre une tuméfaction nette du côté gauche du pharynx. Pas de température anormale. Les troubles fonctionnels augmentent les 2, 3, 4 juin. Pas de crises de suffocation proprement dites, mais gêne de la respiration qui est bruyante.

On est obligé de tenir l'enfant assis ou porté sur les bras.

Salivation abondante. Voix enrouée. La gêne de la déglutition est devenue assez prononcée, au bout de deux ou trois jours, pour que l'enfant arrive à s'alimenter difficilement (il lui faut une heure pour prendre un biberon) ; fréquemment il rejette ce qu'il a pris dans la bouche.

5 juin. — M. le Dr Nové-Josserand remarque à l'examen digital contre la paroi gauche du pharynx, une tuméfaction qui a le volume d'un œuf de pigeon, qui est située à la hauteur du vestibule de la bouche et n'a pas de tendance à s'étendre en arrière. La consistance est dure, ferme ; la température est toujours normale.

L'examen extérieur montre dans la région sous-angulo-maxillaire un tout petit ganglion.

6 juin. — La déglutition est un peu plus facile. La gêne respiratoire est stationnaire. La collection s'est un peu ramollie.

8 juin. — La dyspnée a un peu augmenté depuis hier, sans qu'il y ait d'accès net de suffocation.

L'alimentation a été impossible toute la nuit.

Localement, la tuméfaction a toujours les mêmes caractères de fermeté et de tension, on ne sent pas la fluctuation d'une façon nette, il est manifeste que la collection n'est pas sous-muqueuse mais qu'elle est bridée par une couche fibreuse assez dense. Du côté de la région cervicale on a toujours la même absence de symptômes.

On intervient à cause de l'augmentation des troubles fonctionnels.

En se guidant sur le doigt, on glisse la pointe d'un dilateur-gouttière de Tripier, on perfore la paroi antérieure de la collection en déchirant la poche aussi largement que possible.

Il s'écoule deux cuillerées à bouche de pus épais, verdâtre, ressemblant à du pus de pneumocoque. Légère hémorragie qui s'arrête spontanément. Pas de fièvre. Guérison en huit jours.

OBSERVATION XI

(Service de M. le Dr Nové-Josserand,
hospice de la Charité.)

Rose X..., six mois. Début, il y a huit jours, par de la fièvre, impossibilité de prendre le sein durant deux jours, dyspnée avec crise de suffocation, enflure de la joue et du cou à droite. Enfant présentée à la consultation le 27 mai 1907. La tuméfaction cervicale était peu accentuée, on sentait sur la paroi droite du pharynx une tuméfaction arrondie, lisse, de consistance dure, donnant l'impression d'un ganglion cru. Les troubles respiratoires et de la déglutition ayant diminué, on garde l'enfant en observation.

31 mai. — La tuméfaction pharyngienne s'est nettement ramollie. La tumeur cervicale a un peu augmenté, elle se compose d'un ganglion sous l'angle de la mâchoire et d'une masse difficile à délimiter qui occupe la face profonde du sterno-cleido-mastoïdien. En arrière de ce muscle, à la partie supérieure, on trouve une petite bosselure fluctuante.

1^{er} juin. — Incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien, la petite masse pseudo-fluctuante que l'on sentait est un ganglion cru. Après l'avoir enlevé, on cherche plus profondément la collection suppurée. On ne trouve que d'autres ganglions non ramollis. En combinant le toucher pharyngien avec le palper par la plaie opératoire, on s'assure que la collection pharyngienne n'a pas de prolongement au cou.

On ouvre alors cette collection à la sonde cannelée par la voie buccale. Il s'écoule environ 20 grammes de pus épais.

Guérison simple en une quinzaine de jours.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le D^r Durand
chirurgien à l'Antiquaille.)

Femme de cinquante-deux ans. La malade avait depuis quelques mois des bourdonnements d'oreilles pour lesquels on lui faisait des insufflations d'air de la trompe d'Eustache. A la suite d'une manœuvre maladroite, la trompe fut blessée et l'injection d'air se fit dans le tissu cellulaire. Il en résulta un emphysème très marqué de la région de l'angle de la mâchoire et de la partie avoisinante du cou. En deux jours l'emphysème se résorba, mais apparut une tuméfaction sous-angulo-maxillaire qui ne tarda pas à devenir dure, rouge, douloureuse, chaude, s'opposant aux mouvements de la mâchoire. A l'entrée de la malade, on constatait : du trismus, de la douleur. La base de la langue, la paroi pharyngée droite, le voile du palais surtout sont gros et tuméfiés. Toute la région amygdalienne présente une tuméfaction rouge vineuse et une sorte d'œdème d'apparence très infectieuse. On voit mal à cause du trismus. La tuméfaction sous-angulo-maxillaire était très nettement suppurée.

Dans la nuit du 26 juin 1906, l'abcès péripharyngien s'ouvre dans la bouche.

27 juin. — L'abcès est largement ouvert et drainé par voie externe, il s'écoule un verre à Bordeaux de pus.

La température qui était de 39 degrés à l'entrée tombe rapidement à la normale.

11 juillet. — La malade quitte le service guérie.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le D^r Durand,
chirurgien de l'Antiquaille.)

Ang. B..., quarante-cinq ans. Début dans les derniers jours de novembre 1906 par une angine à points blancs qui

dura quatre ou cinq jours. Douleur intense à la déglutition. Fièvre. Comme la dysphagie ne s'amendait pas, le malade entre à l'hôpital.

A son entrée, on constate de l'empâtement et de la rougeur de la région carotidienne. Le doigt sent dans le pharynx, à droite, une masse molle, fluctuante qui fait saillie dans la cavité pharyngienne. L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. Lannois, fait voir une masse volumineuse faisant saillie dans le vestibule du larynx et comblant la gouttière laryngo-pharyngienne droite. La déglutition est douloureuse, aucun trouble de la respiration.

2 décembre. — Le malade crache quelques gorgées de pus. Les phénomènes douloureux s'amendent, la température, qui était de 38°5 à l'entrée, tombe à 37°4.

4 décembre. — Le malade a une température normale, plus de gêne de la déglutition. L'induration de la région carotidienne est en voie de rétrocession.

Le malade sort de l'hôpital.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Sans vouloir faire ici l'historique du traitement des abcès latéro-pharyngiens, il est logique d'admettre que ce traitement doit être partie médical, partie chirurgical.

Non pas que nous prétendions traiter tous les abcès latéro-pharyngiens au début par les richesses de l'arsenal thérapeutique en honneur avant l'avènement de la chirurgie moderne ; telles sont les gargarismes compliqués, collutoires, fumigations, enveloppements chauds, cataplasmes, vomitifs et purgatifs, tisanes chaudes diurétiques. Mais il est des cas, soit que le diagnostic hésite encore, soit qu'étant fait, il est clinique d'attendre une évolution un peu plus avancée pour intervenir, dans lesquels les moyens médicaux peuvent rendre des services.

Nous croyons, par exemple, avec M. le D^r Escat « que tant que la formation de la collection ne sera pas encore certaine, on peut maintenir un sac de glace sur la peau tuméfiée de la région cervicale ; si, par ce moyen, on n'obtient pas toujours la résolution, on atténue au moins la douleur ».

C'est là un procédé simple qui peut être utile.

On peut encore user avec le plus grand profit des grandes injections chaudes, suivant la technique préconisée par Ripault.

Les gargarismes répétés antiseptiques à l'acide phénique, au phénosalyl, au thymol, peuvent être avantageusement employés.

Si les douleurs enfin sont intolérables, une injection de chlorhydrate de morphine peut être ordonnée.

Et là se bornent les indications du traitement palliatif médical qui doit, parce que souvent insuffisant, être suivi du traitement curatif chirurgical.

Traitement chirurgical.

ABCÈS PRÉ-STYLIENS. — L'intervention opératoire n'a été, pendant longtemps, admise que comme un fait d'exception. M. Gilis, dans la thèse de Calas, nous dit que Trousseau, comme médecin, était partisan de l'abstention thérapeutique complète.

Verneuil, bien que chirurgien, semblait peu disposé à admettre l'évacuation au bistouri de ces abcès.

Par opposition à ces auteurs, un peu timides, on a récemment proposé l'incision précoce comme traitement abortif (Mac Kimme). Ce nous paraît être une méthode d'exception.

On est en présence d'une collection purulente : la règle est formelle, il faut l'évacuer, et de façon à ce qu'elle se vide bien. Souvent il faut agir rapidement, les accidents asphyxiques peuvent nécessiter une intervention immédiate. L'indication opératoire est impé-

rieuse. Par où doit-on aborder la collection ? Par la bouche ou par la voie externe en passant par le cou.

L'intervention par voie externe est préconisée par Broca. Il la considère comme une opération régulière possible dans des conditions de bonne asepsie et qui assure un bon drainage.

M. Phocas, de Lille, est très affirmatif. Il pose aussi en principe que tous les abcès latéro-pharyngiens doivent toujours être incisés par voie externe.

Il donne en faveur de son opinion des arguments qu'une critique un peu serrée fait apparaître comme insuffisants. Cet auteur reproche au procédé par voie buccale d'agir à l'aveugle le plus souvent, chez un enfant qui se débat. Or, il suffit, pour éviter cet inconvénient, de maintenir convenablement l'enfant comme nous l'indiquerons plus loin.

L'intervention est dramatique et peu élégante, ajoute-t-il, l'antisepsie déplorable, les lavages impossibles, la guérison toujours lente et incertaine. Cet argument est sans valeur ; il est parfaitement reconnu que toutes les opérations pratiquées sur la bouche guérissent bien, sans pansement, avec des lavages antiseptiques (grenouillettes, amygdalotomie).

L'opinion un peu absolue de M. Phocas a été critiquée par M. Branthomme qui, lui, au contraire, propose l'incision par voie bucco-pharyngée. Cette opération est simple, « elle n'exige aucun appareil, aucun déploiement chirurgical », dit-il, finement ironique.

Moreau, dans sa thèse, nous dit : « Vouloir inciser par la bouche un abcès latéro-pharyngien serait une mauvaise intervention dans la majorité des cas. »

Car il considère, avec Tillaux, que le plus souvent les abcès latéro-pharyngiens sont des adéno-phlegmons développés en dehors du paquet vasculo-nerveux qu'ils repoussent en dedans vers le pharynx. Nous avons essayé de faire voir que c'est le contraire que l'on rencontre et que les abcès les plus fréquents sont ceux de l'espace pré-stylien.

Nous laisserons volontairement de côté tous les procédés qui ont été tour à tour proposés pour l'ouverture des abcès périamygdaliens ; ils ne sauraient avoir leur application dans le cas qui nous occupe.

Le pus une fois reconnu, le siège de la collection fixé, la méthode la plus simple est d'introduire, par la bouche, dans l'abcès la lame d'un bistouri garnie, ou une sonde cannelée. Mais il nous paraît plus commode, se servant du doigt comme guide, d'ouvrir l'abcès en son point le plus fluctuant avec le dilatateur gouttière de R. Tripiér, qui fait sur place un débridement large. Il est moussé, donc inoffensif en cas de mouvement intempestif du malade ; il crée une voie large à l'écoulement du pus.

On a reproché surtout à l'incision de ces abcès latéro-pharyngiens par voie buccale le danger des gros vaisseaux. En incisant au point fluctuant, même profondément, on n'a pas de chances de les rencontrer. La carotide interne est constamment séparée de l'espace pré-stylien par le diaphragme stylo-maxillo-pharyngien. La carotide externe perfore ce diaphragme, mais pour pénétrer aussitôt dans la loge parotidienne. D'ailleurs ce danger, s'il existe, montre seulement la nécessité d'aller avec prudence, d'attendre que l'abcès soit

bien collecté, d'explorer avec soin, avec le doigt, l'endroit où l'on va faire l'incision, d'anesthésier le malade, ce qui est possible dans la plupart des cas. Mais il ne justifie pas, comme le dit notre maître, M. Nové-Josserand, l'abandon de la voie buccale dans tous les cas où l'abcès ne pointe pas ailleurs d'une façon évidente.

La simplicité de l'incision buccale est incontestable et c'est son plus grand mérite puisqu'il s'agit là d'une opération d'urgence qui peut s'imposer à tout praticien.

L'incision externe, objecte-t-on, permet la chloroformisation, assure l'asepsie et l'hémostase, empêche les accidents dus à l'irruption du pus dans les voies aériennes, sans doute ; mais ces accidents ne sont pas si fréquents qu'on veut le dire, l'hémorragie grave est une exception, et les difficultés opératoires s'offrent bien plutôt avec l'incision cervicale.

Cette intervention par voie externe peut être une opération simple et facile entre les mains expertes de Broca ; mais elle est en réalité difficile et périlleuse pour tout médecin qui opère sans aides, sans installation convenable, et qui souvent doit aller vite en raison de l'état alarmant de son malade.

C'est une opération compliquée : l'anesthésie n'est pas toujours possible à cause du danger de syncope. Si l'abcès ne bombe pas sous le tégument, on est obligé, après avoir enlevé des ganglions, d'aller le chercher profondément au peu au hasard avec la sonde cannelée, en se guidant sur le doigt mis dans le pharynx. On n'arrive même pas toujours ainsi sur la collection (voir observation XI).

Il nous semble donc utile d'indiquer les conditions dans lesquelles on peut pratiquer simplement l'incision d'un abcès de l'espace pré-stylien par voie buccale.

On a le plus souvent affaire à un enfant, quelquefois à un nourrisson.

Il est prudent de faire une anesthésie, c'est toujours possible, mais elle n'est pas indispensable. Le kélène donné en inhalations de quelques centimètres cubes est un anesthésique parfait, très maniable, laissant largement le temps d'opérer.

Une précaution importante à prendre chez l'enfant est d'éviter l'irruption du pus dans les voies aériennes. Pour cela l'enfant étant assis, on penche la tête en avant dès l'ouverture de l'abcès faite, ou on le retourne la tête en bas.

La position de Rose se recommande chez les plus grands; elle n'est généralement pas possible chez les petits à cause de la suffocation.

Avec avantage on peut employer la méthode indiquée par Lejars dans son traité de chirurgie « coucher l'enfant sur les genoux d'un aide ou bien sur une table et l'incliner aux trois quarts. Dès que l'abcès est ouvert on complète l'inversion et le pus « tombe par terre » sans qu'il y ait aucune chance de pénétration dans les voies aériennes. »

Nous savons d'ailleurs que cette pénétration n'est guère démontrée, qu'il faut craindre surtout la syncope et que le meilleur moyen de parer aux accidents de ce genre, c'est d'aller vite en besogne. On n'y est exposé qu'avec une intervention lente, hésitante et maladroite, c'est ce qu'il faut éviter.

C'est encore une raison qui nous fait préférer l'intervention la plus simple, par voie buccale.

Dans certains cas l'opération est encore réduite dans sa technique; il suffit, comme l'indique M. Aviragnet dans la thèse de Poirier, de comprimer l'abcès avec un tampon de coton fixé à l'extrémité d'une pince, pour ouvrir la collection et obtenir l'évacuation du pus. Le traitement pour être définitif ne doit pas s'arrêter à l'incision de l'abcès. Nous avons vu quel rôle jouait l'infection dans le développement des abcès de cette région, il faudra donc compléter le traitement par une antisepsie rigoureuse de la bouche et quelquefois faire dans un second temps l'amygdalectomie qui paraît être le plus sûr moyen d'éviter les récidives.

ABCÈS RÉTRO-STYLIENS. — Il semble à première vue que toute collection développée dans cet espace, en dehors du diaphragme stylien, tende à refouler en dedans le paquet vasculo-nerveux, vers la paroi pharyngée. Et alors, on conçoit fort bien la réserve des auteurs qui redoutent l'incision par voie interne, car elle expose à la blessure des gros vaisseaux. Cela est vrai en général chez l'adulte, l'abcès fait saillie du côté cervical.

Chez l'enfant il n'en est pas toujours ainsi et les signes physiques sont souvent trompeurs. Dans certains cas, par exemple dans notre observation n° 11, les phénomènes inflammatoires appellent le bistouri du côté du cou, alors que l'on ne trouve à peu près pas de signes dans le pharynx. Il faut savoir attendre et ne pas aller inciser systématiquement la région sous-

angulo-maxillaire parce que la réaction ganglionnaire est intense à ce niveau. On s'expose à faire une opération inutile et incomplète.

Cependant pour avoir quelquefois une tuméfaction du cou si marquée, il est logique d'admettre que le pus est collecté dans l'espace rétro-stylien. Mais il faut savoir que chez l'enfant le pus a plus de tendance à se faire jour vers le pharynx, à distendre le diaphragme stylien, qu'à se propager en dehors sous le sterno-mastoïdien. Non pas que nous voulions prétendre qu'il faille, malgré tout, et toujours aborder ces abcès uniquement par voie buccale. Mais un examen minutieux montrera souvent qu'elle est indiquée et qu'elle peut être sans danger et efficace. Les abcès latéro-pharyngiens qui font saillie nettement vers le cou seront bien entendu incisés par la voie cutanée.

Après avoir sectionné la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose superficielle, on se sert de la sonde cannelée prudemment pour éviter de blesser les gros vaisseaux. On ouvre la poche abcédée et on draine.

Il est deux procédés, un pré-mastoïdien, un rétro-mastoïdien. Il ne nous paraît pas utile d'insister sur la valeur de l'incision suivant le bord postérieur ou antérieur du sterno-mastoïdien. Il suffit d'inciser parallèlement à lui au point fluctuant. La désinfection et le drainage sont de règle.

En résumé, nous dirions que pour le traitement des abcès rétro-styliens, il n'y a pas de règle absolue. Le diagnostic précis du siège et de l'évolution anatomique sera le guide le plus précieux pour le chirurgien qui

dans chaque cas particulier devra tenter une intervention appropriée.

Pour être complet nous devons signaler comme complication opératoire : la syncope. M. Nové-Jossrand en a observé un cas. M. le D^r Escat signale aussi la mort subite survenue au cours de l'intervention opératoire. Il attribue la mort « à un spasme réflexe du pharynx compliquant un œdème de la base de la langue, de l'épiglotte et des parties supérieures du larynx ».

En règle générale si le petit malade pâlit et cesse de respirer, il faut mettre la tête en bas et pratiquer la respiration artificielle et cela avec ténacité. Dans un fait relaté par M. Thoyer-Rozat l'apnée dura douze minutes et l'enfant revint à lui et guérit.

Prophylaxie.

On diminue la fréquence de certaines maladies et la gravité de beaucoup d'autres si l'on arrive à détruire ou à rendre inoffensifs les microbes pathogènes de la bouche. La lutte contre ces microbes doit s'imposer au médecin.

Aussi nous semble-t-il qu'une hygiène et une antiseptie buccales rigoureuses sont le plus sûr moyen d'éviter la pullulation des germes dans ce « nid à microbes » et de prévenir ainsi l'infection parfois très grave des régions voisines et en particulier du latéro-pharynx.

CONCLUSIONS

I. Il faut baser sur l'anatomie la différenciation des abcès latéro-pharyngiens en :

1° Abcès de l'espace pré-stylien ;

2° Abcès de l'espace rétro-stylien.

Les abcès pré-styliens sont de beaucoup les plus fréquents. On les rencontre surtout chez les enfants, voire même chez les nourrissons.

II. Ils naissent de l'infection du tissu lymphoïde du pharynx, qui, dans les premières années de la vie, est un véritable point faible de l'organisme.

III. Le développement de ces abcès a pour siège d'élection l'espace pré-stylien. Ils donnent lieu à une symptomatologie assez précise pour faire poser leur diagnostic avec certitude.

Leur évolution est en général simple, leur pronostic bénin, la guérison obtenue quelquefois par ouverture spontanée.

IV. Si l'on est obligé d'intervenir, il faut le faire par la voie buccale à la sonde cannelée ou mieux au dila-

tateur gouttière de Tripier. L'emploi de cet instrument nous paraît être le procédé de choix.

L'opération est simple, facile, rapide et ne nécessite pas d'habitude l'anesthésie ; elle est toujours suivie d'amélioration des symptômes fonctionnels.

V. Les adéno-phlegmons latéro-pharyngiens développés dans l'espace rétro-stylien sont très rares, chez l'enfant ou chez l'adulte.

Ils sont toutefois importants à connaître en raison de leurs graves complications par lésions vasculaires. Sans attendre leur évolution, il faut opérer : par voie externe, si l'on n'a aucune indication pour intervenir par la cavité bucco-pharyngée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (A.).

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 novembre 1907.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN et MOURE. — Article PHARYNX (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).
- ARSIMOLES. — *Des abcès périamygdaliens* (thèse, Toulouse, 1902).
- AVIRAGNET. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, octobre 1893).
- BAR. — Contribution à l'étude des phlegmons juxtapharyngiens (*Annales des maladies de l'oreille et du pharynx*, Paris, 1902, XXXVIII, p. 29-38).
- BARTH. — Zur Technik der Operation der Adenoïden vegetationen des Narenrückeuraums und der peritonsillären abcesses der Gaumenmandeln (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1899).
- BOKAI. — *J. Pest. med. Chirur. Presse*, t. XXVI, p. 725.
- BOTEX. — Congrès international des médecins en 1900. Section d'otologie et de laryngologie.
- BOURGUET. — *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1875, p. 873.
- BRETON. — Thèse, Paris, 1883.
— *Quelques complications rares de l'angine phlegmoneuse* (thèse, Paris, 1883).
- BROWN-HAIG. — Discussion on tonsillitis, its varieties and Relation to Rheumatism (*British med. Journal London*, vol. II, 1889).
- BRANTHOMÉ. — *Semaine médicale*, 1892.
- BRIEG. — Technique de l'opération de l'abcès peritonsillaire (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1899. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1899).
- BROCA et LUBET-BARBON. — *Les suppurations de l'apomastoïde et leur traitement*, Paris, 1895.

- BROCA (A.). — *Traité de chirurgie* Duplayet et Reclus, t. V.
BROUARDEL et GILBERT. — *Maladies de la bouche et du pharynx*, fascicule 1906.
BRUNEL. — *Des abcès de l'amygdale palatine* (thèse, Bordeaux, 1899).
BÜRKHARDT. — *Würt. Corresp. bl.*, 1888, n° 9.
— *Central. f. Chirurgie*, 1888, t. XV, p. 57.
CALLINET. — *Suppuration du cou consécutive aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïdite et du rocher* (thèse, Paris, 1897).
CALAS. — Thèse, Montpellier, 1906.
CARTAZ. — Une variété d'abcès du voile du palais (*Bulletin de la Société française d'otologie*, t. XIII, 2^e partie, et *Revue de laryngologie*, n° 24, t. I, 1897).
CAYTAN. — *Journal de médecine de Bruxelles*, octobre 1860, et *Gazette hebdomadaire*, 1862.
CHAPPELL. — Hémorragie par abcès périamygdalien (*New-York med. Journ.*, 2 mars 1901. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 32, 1907).
CHARCOT-BOUCHARD. — *Traité de médecine*, t. IV.
CHASSAIGNAC. — *Traité de la suppuration et du drainage*.
— Ligature de la carotide primitive par une hémorragie consécutive à la ponction d'une tumeur rétro-pharyngienne (*Société de chirurgie*, t. X, 1859, et *Gazette des hôpitaux*, 1859).
CHAUVEAU. — Le pharynx (*Anat. et physiol.*, 1901).
— *Histoire des maladies du pharynx*, 3 vol., Baillière, 1901.
CHIARI. — Localisation de l'angine phlegmoneuse (*Wien. klin. Woch.*, 1889. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1889).
COBB. — *Peritonsillar abscess* (*Boston med. and Chirurg. Journal*, 27 juillet 1899).
COLE. — Cas fatal d'abcès périamygdalien et péripharyngien (*Saint-Louis Courier of med.*, mars 1900).
DENIS. — *De la position de l'opéré dans les interventions sur la tête et sur le tronc* (thèse, Paris, 1905).
DESNOS. — Amygdales (Inflammations aiguës) (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 117, 1865).
DEWARE. — *Med. Times and Gaz.*, t. I, 1860.
DESPREZ. — *Gazette des hôpitaux*, 1873, p. 250.
DEGLAIVE. — Thèse, Paris, 1896.

- DIDELOT. — Thèse, Paris, 1880.
- DIEU. — Diagnostic et traitement des abcès périamygdaliens (*Annales médico-chirurgicales*, n° 19, 1904).
- DUKE. — *The Lancet*, t. I, 1848.
- DUNBAR ROY. — Abcès périlonsillaire (*The Laryngoscope*, vol. IV, juin 1898 ; *Journal Americ. med. Associat. Chicago*, t. XXX, 1898).
- DUNN. — Ligature de la carotide primitive chez un enfant de trois ans et demi pour hémorragie consécutive à un abcès périamygdalien (*Amer. Journal of med. sc.*, septembre 1891).
- DUPLAY-RECLUS. — *Traité de chirurgie*, t. V, 1^{re} édition.
- EHRMANN (Mulhouse). — Remarque sur un cas de ligature de la carotide primitive nécessitée par une hémorragie consécutive à l'ouverture spontanée d'un phlegmon de la région amygdalienne (*Société de chirurgie*, 1878).
- EMMET PROCTOR. — Abcès périamygdalien avec relation d'un cas et quelques considérations sur le diagnostic et le traitement (*The med. Progress.*, janvier 1896).
- ESCAT. — L'aponévrose de la cavité naso-pharyngienne (*Arch. méd. de Toulouse*, 1^{er} et 15 septembre 1895).
- *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx*, Paris, 1902.
- FAUVEL. — *De la phlébite aiguë des sinus de la dure-mère* (thèse, Paris, 1887).
- FLEURY. — *Loire médicale*, n° 1, VI.
- FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, II, p. 394.
- FOX. — Traitement abortif de l'esquinancie (*The Lancet*, 1896 ; *Annales des maladies de l'oreille*, vol. II, 1896).
- GAL GREUS (J.). — Un caso de abceso latero-faringo (*Med. di los ninos, Barcelone*, 1904, V, 332).
- GALLET. — Tumeurs du rétro-pharynx opérées par la voie interthyromaxillaire (*Gazette hebdomadaire*, 4 août 1898).
- GANDIER. — Sarcome de la loge amygdalienne simulant un phlegmon de la région (*Echo médical du Nord*, n° 39, 1899).
- GANN. — Rupture d'un abcès amygdalien dans le larynx. Suffocation (*The Lancet*, 24 juin 1893).
- GAREL. — Abcès de l'amygdale (*Annales des maladies de l'oreille*, p. 1, 1880).

- GILBERT-BONNEAU. — *Abcès du pharynx* (thèse, Montpellier, 1851).
- P. GILIS. — *La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien*, Montpellier et Paris, 1905.
- GILLET. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantile*, 1896, n° 28.
- GILLETTE. — *Des abcès rétropharyngiens idiopathiques* (thèse, Paris, 1867).
- GOODALE. — Suppurations aiguës des amygdales buccales (*Association américaine de laryngologie*, XXIV^e Congrès, mai 1899. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 2, 1899).
- GOODALL. — La fossette supratonsillaire comme voie d'infection (*Med. Record*, 6 août 1898).
- GOUGENHEIM. — Amygdalite phlegmoneuse suppurée (*Gazette médicale de Paris*, février 1894).
- Emploi du salol dans les angines (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, n° 34, 1889).
- GOUGENHEIM et RIPAUT. — Des abcès périamygdaliens (*Annales des maladies de l'oreille*, n° 9, septembre 1894, p. 883).
- GRANCHER et COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*, t. I.
- GRISOLLE. — *Traité de pathologie interne*, 6^e édit., 1855, t. I, p. 234.
- GRÜNWALD. — Zur Behandlung der Angina phlegmonosa seu Peritonsillitis abscedens (*Münch. med. Woch.*, n° 38, 1896, p. 890).
- GUILLON. — *Contribution à l'étude des abcès chroniques et enkystés amygdaliens et périamygdaliens* (thèse, Lyon, 1898).
- HALL. — Un cas d'hémorragie tonsillaire, suite d'abcès, suivie de mort (*Boston med. Journ.*, décembre 1887).
- HARTZ. — Suppurations périamygdaliennes à récides (VII^e Congrès annuel de la Société américaine de laryngologie, New-York, mai 1901 : *Detroit med. Journ.*, I, n° 5, août 1901).
- HERMANN. — Du traitement des abcès périamygdaliens (*Sammlung Zwangloser Behandlungen*, n° 5, 1900).
- HENRICI. — Abcès chronique de l'amygdale (*Archives de laryngologie*, 1902).
- HERVÉ. — *Signes diagnostics et traitement des abcès amygdaliens. Valeur des signes anciens* (thèse, Bordeaux, 1905).

- HIGGUET. — De l'angine phlegmoneuse ou périamygdalite (*La Policlinique*, 15 septembre 1892).
- HIS. — *Anatomie menschlicher Embryonen*, Bd III, 1885.
— *Archiv. für Anat. und Physiol.*, 1895 ; *Arch. für Laryngologie*, Band III.
- HODENPYL. — The anatomy and physiology of the faucial tonsils (*Amer. Journ. of med. sciences*, 1891).
- HOPMAN (K.-M.). — Absès rétropharyngien idiopathique chez un adulte (*Parole*, Paris, 1902, n. s. IV, 417-419).
- HOWELL. — A case of death by suffocation in phlegmonous tonsillitis (*Med. Record*, février 1888).
- HUBBARD. — Absès périlonsillaire et diphtérie (*Assoc. amér. de laryngologie*, XXIV^e Congrès, mai 1899. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1899, p. 230).
- JACCOUD. — *Dictionnaire de médecine*, article PHARYNX.
- JACOBI. — Mort subite par angine phlegmoneuse (*Hôpital*, 1900, p. 752).
- JACQUEMART. — *Loire médicale*, 15 juin 1888.
- JAMSI. — Angine phlegmoneuse se terminant par gangrène du pharynx (*Archives médicales belges*, décembre 1893).
- JONNESCO. — Tube digestif (*Traité d'anatomie* de Poirier et Charpy, 1^{re} édit.).
Journal des Praticiens, année 1905, n° 11.
- JOSSERAND. — Absès rétropharyngien aigu à pneumocoques, compliqué de pneumonie (*Province médicale*, 16 août 1890).
- JUVARA. — *Anatomie de la région ptérygo-maxillaire* (thèse, Paris, 1895).
- KILLIAN. — Zur Behandlung der Angine phlegmonosa peritonsillitis abscedens (*Münch. med. Woch.*, n° 30, 1898).
— Anatomie de l'amygdale palatine (IV^e Réunion des Laryngologistes de l'Allemagne du Sud, Heidelberg, 7 juin 1897. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 42, 16 octobre 1897).
— Entwicklungsgeschichtliche, Anatomische und Klinische Untersuchungen über Mandelbucht und Gaumensmandel (*Arch. f. Laryngologie*, 7 Band, 2 Heft).
- KLUG. — Absès pharyngé consécutif à l'infection auriculaire érosion de la carotide (*Annales médicales, oreilles, nez, larynx*, juillet 1904).
- KOLLIKER. — *Grundriss der Entwicklungsgeschichte*, 1880.
- KOLHER. — Etiologie des absès de l'amygdale et du tissu environnant (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, 1896).

- KOSTANEKI. — Zur Kenntniss der Pharynxdivertikel des Menschen mit besondern Berücksichtigung der Divertikelbildung, im Nasenrachenraum (*Virchow's Arch.*, Band 117, 1889).
- KRAMER. — *Central Blatt für Chirurgie*, 1892, p. 233.
- LABBÉ et LEVI-SIRUGE. — Recherche sur la structure des amygdales (*Bulletin de la Société anatomique*, 1899, p. 685, et *Presse médicale*, août 1900).
- LAFONT. — Thèse, Montpellier, 1890-1891.
- LANDGRAF. — Zur Pathologie des weichen Gaumens (*Berliner klin. Woch.*, 9 mars 1896).
- LASÈGUE. — *Traité des angines*, Paris, 1868.
- LAURENS. — Chirurgie oto-laryngologique (*Traité de thérapeutique chirurgicale* de Berger et Hartmann).
- Note sur un cas d'abcès chronique du voile du palais (*Annales des maladies de l'oreille*).
- LE GENDRE. — *Diagnostic de quelques adénopathies du cou* (Concours médical, 14 mai 1892).
- LE GENDRE et BROCA. — Abcès chauds péripharyngiens (*Thérapeutique infantile*).
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 160.
- LELAND. — L'abcès périamygdalien (*Association américaine de laryngologie*, XXIV^e Congrès, mai 1899. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1899, p. 229).
- LEMAISTRE. — Phlegmon périamygdalien (*Association française pour l'avancement des sciences*, XIX^e Session, Limoges, 1890 ; *Semaine médicale*, 1890).
- LERMOYEZ. — Un cas de fistule du voile (*Bulletin de la Société française de laryngologie*, mai 1897).
- LIÉGEOIS. — Article AMYGDALES (Anatomie) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1^{re} série, t. IV, p. 15, 1876.
- LOGUEKI. — Contribution à l'étiologie des abcès périamygdaliens (*Gazette Lakarsku*, n^o 42, 1895, et *Archiv. f. Laryngol. u. Rhinal.*, Band IV, Heft 2, 1890).
- LUGEOL. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1885.
- LUSCHKA. — *Anatomie des Menschen*, t. I, p. 139).
- *Der Schlundkopf*, Tübingen, 1868.
- MAC-KIMMIE. — Quelques maladies des amygdales (*Virginie med. sc. Monthly*, n^o 7, juillet 1896).

- MARFAN. — *Bulletin médical*, 27 décembre 1899.
- MAUREL. — *Infectiosité et contagiosité de l'amygdalite aiguë* (thèse, Paris, 1895).
- MAX-GOLDSTEIN. — Suppurations aiguës de l'amygdale et du tissu périamygdalien (VIII^e Congrès annuel de la Société américaine de laryngologie, New-York, mai 1901).
- MAYET. — *Société anatomique de Paris*, décembre 1894.
- MERKEL. — *Handbuch der topogr. Anatomie*, I, 1885-1890.
- MESLAY. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, décembre 1894, p. 948 et suiv.
- MERY. — In Communiqué de Dauvé (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1870).
- MESSITER. — *Lancet*, London, 1883, t. I, p. 61.
- MEYER (W.). — *Med. Rec.*, 1893, t. XLIII, p. 89.
- MILSONNEAU. — Thèse, Paris, 1884.
- MOIZARD. — Hémorragie dans angine phlegmoneuse (*Journal de médecine pratique*, août 1886, p. 347).
- MONARI. — Des abcès endo et périamygdaliens (*Bolletino delle mal. dell. orecchio*, n^o 3, 1897).
- MONDIÈRE. — Abcès rétropharyngien (*L'Expérience*, 1842, t. IX).
- MONOD. — Perforation des artères au contact des foyers purulents inflammatoires (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1882, t. VIII, p. 131).
- MOREAU. — *Des abcès péripharyngiens* (thèse, Paris, 1896).
- MORESTIN. — Article ABCÈS PHARYNGIENS (*Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. VI).
- MORITZ-SCHMIDT. — *Krankheiten der oheren Luftwege*, I, Auflage.
- MOST. — Ueber den Lymphgefarsenapparat von hase und Rachen (*Archiv. f. Anat. und Physiol.*, 1901).
- MOTY. — Abcès rétropharyngien, hémorragies répétées, ligature de la carotide primitive gauche (*Archives de médecine et pharmacie militaires*, septembre 1907, p. 220).
- MAIRE. — De l'ouverture des abcès périamygdaliens (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1898, p. 407).
- MOURE. — Abcès amygdaliens et périamygdaliens. Diagnostic et traitement (*Presse médicale*, août 1907, n^o 68 ; *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1888, t. VIII, p. 413).

- MOY. — *Contribution à l'étude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant. Abcès de la région styloïdienne* (thèse, Paris, juin 1907).
- MULLER. — Abcès tonsillaire suivi de mort par hémorragie (*Medizin. Corresp. Blatt von Wurtemberg et Bulletin de thérapeutique*, 1855).
- NATIER. — Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome (*Annales de la Polyclinique*, juin 1889).
- NÉLATON. — *Pathologie chirurgicale*, t. IV.
- NETTER. — Microbes pathogènes contenus dans la bouche de sujets sains ; maladies qu'ils provoquent (*Revue d'hygiène*, juin 1890, f. XI).
- NEWCOMB. — Relation de la diathèse rhumatismale avec les inflammations de la gorge (*The Atlantic med. and Surgical Journal*, 1897).
- NOQUET. — Abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale (*Revue de laryngologie*, juillet 1888).
- NORVAL-PIERCE. — Traitement des abcès périamygdaliens (*Société américaine de laryngologie, section du Sud*, mars 1900. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1900, n° 32).
- *Anatomie et physiologie de l'amygdale et du tissu périamygdalien* (VII^e Congrès de la Société américaine de laryngologie, New-York, mai 1901).
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Leçons cliniques de chirurgie infantile* (Hôpital de la Charité de Lyon, mai 1907).
- NUBLARD. — Abcès péri tonsillaire et diphtérie (XXIV^e Congrès Association américaine de laryngologie ; *Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 23, 19 août 1899).
- PARMENTIER. — Généralités sur les abcès pharyngiens. Observation d'un cas de périamygdalite postérieure (*Progrès médical belge*, n° 17, 1^{er} septembre 1901).
- PAGÉ (J.-D.). — Péritonsillite suppurée, abcès périamygdalien : sa pathogénie et son traitement chirurgical (*Bulletin médical de Québec*, 1904-1905, p. 189 à 198).
- PARKER. — *Med. Times and Gaz. London*, 1882, t. II, p. 211.
- PATERSON. — The fossa supratonsillaris and its affections (Communication à la Société laryngol. and rhinol., avril 1898, n° 4. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1899, n° 1).
- PEARSON (S. Vere). — Abcès aigus rétropharyngiens au cours de la première enfance (*Parole*, Paris, 1902, n. s. IV, 407-416).

- PÉRIGORD. — Méningite suppurée consécutive à un abcès amygdalien (*Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, 6 février 1893 ; *Lemaçon med.*,
PHOCAS. — *Semaine médicale*, 1892, p. 522 et 523.
PITT'S. — Hémorragie de la carotide interne après amygdalite suppurée (*Saint-Thomas Hospital Refs*, t. XII).
PLATEAU. — *Journal médical*, Paris, 1885.
PLICQUE. — Diagnostic et traitement des tumeurs ganglionnaires du cou (*Gazette des hôpitaux*, 8 février 1890).
POIRIER. — *Des abcès pharyngiens* (thèse, Paris, 1899-1900).
POIRIER et CHARPY. — *Traité d'anatomie*, t. IV.
POLLARD. — *The Lancet*, 13 février 1892, t.I, p. 350.
RAOULT. — Abcès chronique du voile du palais et de la logette sus-amygdalienne contenant des calculs (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1899, 1^{er} vol.).
RETTERER. — Origine et évolution des amygdales (*Journal de l'Anatomie*, p. 1 et 274).
REUMAUX. — *Traitement des abcès rétropharyngiens par incision par le cou* (thèse, Lille, 1894-1895).
CL. RICE. — De l'étiologie de l'amygdalite suppurée et de son traitement chirurgical (*Med. Record*, New-York, juin 1891).
RICHARDSON PARK. — Enquête sur les rapports de l'amygdalite avec les centres cérébro-spinaux (*New-York med. Journ.*, 26 july 1890).
RICHEL. — *Rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens*, Steinheil, 1892.
RIPAULT. — Traitement de l'angine phlegmoneuse (*Gazette médicale de Paris*, 1896, n° 9).
— Fistule du voile consécutive à une périamygdalite chronique (*Annales des maladies des oreilles*, 1897).
ROCHARD (E.). — Du traitement opératoire des abcès chauds rétropharyngiens (*Méd. inf.*, 15 janvier 1894).
RODE. — *Contribution à la pathologie des abcès du cou et un cas de septicémo-pyohémie au déclin d'un abcès de l'amygdale* (Dissert. de Munich, 1901).
ROUSTAN. — Thèse, Paris, 1869.
RUAULT. — Des amygdalites et angines infectieuses consécutives aux opérations intra-nasales (*Archives internationales de laryngologie*, avril 1889).
— Maladies de la bouche et du pharynx (*Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, 2^e édit., t. IV).

- Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens (*Mercredi médical*, janvier 1893, n° 3. Analyse in *Annales des maladies de l'oreille*, I, 1894).
- SALLARD. — *Amygdalites aiguës* (thèse, Paris, 1892).
- SAPPEY. — *Iconographie des vaisseaux lymphatiques*, 1885, planches XXII et XXIII.
- SCHMIDT. — Das folliculäre Drüsengewebe der Schleimhaut der Mundhöhle (*Zeitschr. f. Winensch Zoologie*, 1863).
- SCHMIEGELOW. — Complication de l'angine phlegmoneuse (*Société danoise de laryngologie*, in *Monatschr. f. Ohrenheilkunde*, n° 12, 1900. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, avril 1901, n° 17).
- SENDZIACK. — Diphthérie du pharynx et du naso-pharynx, compliquée de nombreux abcès des amygdales et de la suppuration des deux glandes sous-maxillaires (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1899, n° 1).
- SMITZ. — *Gazette hebdomadaire*, 1873, n° 47.
- SORENSEN. — Angine phlegmoneuse (*Hopital Stidende*, 31 janvier 1900).
- SPICER-SCANES. — The Tonsils, their functions and Relation to affections of throat and Nose (*Lancet*, 1888, vol. II, n° 17).
- STOUPY. — Amygdalite phlegmoneuse. Hémorragies artérielles et veineuses consécutives. Fistule trachéale. Ligature de la carotide externe. Guérison (*Archives de médecine et pharmacie militaires*, 1896, t. XXVIII).
- Peritonsillaris or Quinsy. Causes and treatment (*Memphis Lancet*, 1899, VII, 7-11).
- SUTHERLAND et ROUX (de Lausanne). — *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, 2^e édit.
- DE SAINT-GERMAIN. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, t. VI, p. 365, 1888.
- SAINT-PHILIPPE. — Communication à la Société médicale de Bordeaux, 16 juin 1891 (*Bulletin médical*, juillet 1891).
- TABIENSEN. — Nordisk. (*Med. Arch.*, mai 1892).
- TESTUT. — *Anatomie descriptive*, t. IV, 4^e édit.
- TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*, 1905.
- TILLAUX. — *Chirurgie clinique*, 5^e édit., 1900, t. I.
- *Traité d'anatomie topographique*, 11^e édit., 1903.
- THOYER-ROZAT. — Thèse, Paris, 1896.

- TOURTUAL. — *Neue Untersuchungen über den Bau des Menschlichen Schlund und Kehlkopfes*, 1846.
- TRAVERS. — Retropharyngeal abscess secondary hemorrhagy (*British M. T.*, London, 1902, II, 703-704).
- TREITEL. — Ueber das Wesen und Bedeutung Chronischer Tonsillarabscesse (*Deutsche med. Woch.*, 1898).
- TRELAT. — *Société de chirurgie*, 22 mars 1882.
- TROUSSEAU. — Angine phlegmoneuse (*Leçons de clinique médicale*, t. I, 8^e édit., 1894, p. 423).
- TRUMBALL. — *Med. Record*, New-York, 1890.
- VEILLARD. — Hémorragie artérielle au cours d'une angine phlegmoneuse (*Archives internationales de laryngologie*, n^o 3, mai-juin 1901).
- VEILLON. — Thèse, Paris, 1894.
- VELPEAU. — Des différentes espèces d'angine (*Gazette des hôpitaux*, 1849).
- VERGELY. — Perforation de la carotide interne dans une angine phlegmoneuse (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, juin 1886 ; *Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1886).
- VERNEUIL. — Nature de l'amygdalite phlegmoneuse (*Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 162).
- VIALARD. — Amygdalite phlegmoneuse et ictère infectieux (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 25 mai 1900).
- VILCOQ. — Complication phlegmoneuse dans la convalescence de la grippe. Phlegmon latéro-pharyngien (*Union médicale du Nord-Est*, juin 1890, t. XIV, n^o 6, p. 209).
- WARD. — Deux cas de phlébite septique avec thrombose à la suite d'un abcès péri tonsillaire (*Association américaine de laryngologie*, XXIV^e Congrès, mai 1889. Analyse in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1899, p. 228).
- WATSON CHEYNE. — *Med. Times and Gaz.*, 1881, t. II, p. 254.
- WIDAL. — Angine phlegmoneuse avec colibacille (*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, p. 405).
- WINTERNITZ. — Abcès rétropharyngien chez un enfant à la mamelle (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1861).
- WRIGHT. — Le salol dans l'amygdalite aiguë et la pharyngite (*Amer. Journ. of med. sc.*, août 1890).

ZAREFJIAN. — *Les complications des abcès amygdaliens* (thèse, Bordeaux, 1903-1904).

O. ZUCKERKANDL. — Zur Frage der Blutung nach Tonsillotomie (*Medicinische Jahrbücher*, 1887; Analyse in *Schmidt's Jahrbücher der Medicin*, 1887).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER — Anatomie	11
CHAPITRE II. — Etiologie et pathologie	25
CHAPITRE III. — Symptomatologie	37
A. Absès de l'espace pré-stylien	37
B. Absès de l'espace rétro-stylien	43
CHAPITRE IV. — Complications	47
Diagnostic	51
Observations	56
CHAPITRE V. — Traitement	67
Traitement chirurgical	68
Prophylaxie	75
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	79

